

T
943

77546

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
División de Ciencias Sociales y Humanidades
Doctorado en Ciencias Sociales

No loco nada

Un decir fuera de la ley

Tesis para optar al Grado de Doctorado en Ciencias Sociales
con especialidad en Psicología Social de Grupos e Instituciones

Presenta:
María Inés García Canal

Tutora de Tesis: María del Carmen de la Peza Casares

México, D.F., noviembre de 2009

A Priamo Lozada

Lo que exige lo perdido no es el ser recordado o conmemorado, sino el permanecer en nosotros y con nosotros en cuanto olvidado, en cuanto perdido, únicamente por ello, como inolvidable.

Agamben

Agradecimientos

A Bárbara Olaya y María del Carmen Saldarriaga, por su colaboración en la revisión de documentos de diversos archivos.

A Patricia Montoya, por su paciencia, entusiasmo y perspicacia en transcribir los Expedientes Clínicos del Fondo "Manicomio General" del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Sin su trabajo meticuloso, inteligente y pleno de dedicación, este texto no hubiera sido posible.

A Carlos García Canal, por su lectura atenta y sus comentarios invaluable.

A mis amigos y amigas, quienes me instaron a continuar y escucharon, durante años, mis "historias de Manicomio".

Los expedientes clínicos han sido citados bajo la siguiente forma:

- 1- [AHSS] = Archivo Histórico de la Secretaría de Salud – México.
- 2- [FMG] = Fondo Manicomio General.
- 3- [SEC] = Sección Expedientes Clínicos.
- 4- [Caja N°] = cada caja numerada consecutivamente agrupa un determinado número de expedientes conforme a la fecha del primer ingreso del paciente al Manicomio.
- 5- [Exp. N°] = El número del expediente es otorgado en función del lugar que ocupa en cada caja.
- 6- [(Año)] = Si el documento que se cita no está fechado, se consigna, entre paréntesis, la fecha en que se inicia la "Historia Clínica" de paciente donde aparece ubicado el documento.
- 7- [Paciente H.] [Paciente M.] = Paciente Hombre – Paciente Mujer.
- 8- [Dx:] = Diagnóstico o diagnósticos consignados en las Historias Clínicas.
- 9- [dia/mes/año] = fecha que aparece en el documento que se cita.
- 10- [Carta a ...] = hace referencia al carácter del documento, carta, relato, Memorando, etc. y se indica a quien está dirigido.

Índice

Introducción.....	11
I. La casa de los locos.....	31
II. Un decir fuera de la ley.....	79
III. Imágenes pese a todo.....	105
IV. El Mundo de la ciencia.....	159
La Interrogación.....	195
Bibliografía.....	205

Introducción

*...un travail où n'était question que
de lointaines souffrances et des archives
un peu poussiéreuses de la douleur.
Foucault*

Hablar es una práctica social, un hacer entre muchos otros. Actos individuales de selección y actualización de una lengua en interlocución que producen decires de individuos, de grupos, de instituciones... Decires que problematizan la vida cotidiana, el estar en el espacio, el hacer profesional... que ponen en escena intereses, deseos, pensamientos, opiniones, sentimientos, creencias, afectos y afecciones.

Decires... Noción ambigua y sin estatus teórico definido, con un valor más pragmático que teórico, herramienta que mostró su efectividad en las operaciones de comprensión del material documental. Esta noción exigió prestar especial atención a las condiciones que hacen posible la formulación de las enunciaciones que los constituyen, no refiriéndolas ni a una subjetividad soberana, ni a las características psicológicas del sujeto que realiza tal formulación.

El análisis y comprensión de los decires obligó a enfocar la mirada en "lo que se dice", en los enunciados que hacen su aparición en los documentos en tanto acontecimientos singulares y colectivos y, muy especialmente, en sus recurrencias que permiten agrupamientos y re-agrupamientos.

Para poder otorgarles a un conjunto de enunciados recurrentes el carácter de un “decir”, la mirada ha de fijarse en los lugares instituidos desde los cuales son formuladas las enunciaciones que los hacen posible. Lugares que marcan, de manera significativa, las condiciones mismas de su formulación; su aceptación o rechazo; el valor que se les otorga en lo social; las finalidades tácticas y estratégicas que esgrimen y sus posibilidades de eficacia, al igual que los campos y formas de apropiación y de utilización de los mismos.

Los decires se hallan siempre situados en el espacio y fechados en el tiempo, emitidos desde un lugar socialmente significativo, en un momento determinado y poseyendo una materialidad, una voz, un texto que enuncia. Lugar, tiempo y materialidad que conminan al sujeto de la enunciación a ubicarse, o ser ubicado, en una determinada posición subjetiva.

Actos de enunciación y, por lo tanto, siempre en situación de interlocución, ya que se dirigen a otro del que se espera una respuesta, una acción, un gesto, un pronunciamiento. Toda interlocución, no es posible olvidarlo, se halla atravesada por relaciones de poder, entendidas como “un modo de acción sobre las acciones de los otros”, otro que es reconocido como tal, del que se espera que “hable y diga” y, al decir, haga uso de recursos tácticos y estratégicos dando lugar a una sostenida confrontación. Pero, tampoco es posible olvidar, que las relaciones de poder pueden transformarse en estados de dominación, en que las relaciones “en lugar de ser móviles y permitir a los diferentes intervinientes una estrategia que las modifique, se encuentran bloqueadas y fijadas”¹

Los decires, entonces, pueden producirse bajo escenas de dominación, en que se vuelven fijos, se cristalizan, signados, en función del lugar desde el cual son formulados, por valoraciones que pre-existen al acto mismo de enunciación y sin consideración alguna sobre el carácter y contenido de lo enunciado.

Los lugares desde los cuales se habla y se dice, conllevan una valoración social que signa ese decir, produciéndose escenas de dominación en las cuales

¹ Michel Foucault, “La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad”, en *Obras Esenciales*, Vol III, Barcelona, Paidós, p. 395.

se clausura la escucha, se niega la respuesta y la posibilidad de diálogo e interlocución desaparece.

Por otra parte, los decires se inscriben en un espacio discursivo más amplio, en el cual hacen su aparición diferentes discursos aceptados y valorados socialmente, tales como los discursos médico-clínico, psiquiátrico, jurídico, discursos morales, éticos, políticos, económicos. Los decires no escapan a esos discursos, en tanto formulaciones ya realizadas y valorizadas, sea como forma de inscripción en ellas, de rechazo o de intención de marcar distancias.²

Planteadas estas premisas, este texto fija su mirada en el decir de médicos psiquiatras y de pacientes reclusos en el Manicomio General La Castañeda, en la ciudad de México, desde 1910, fecha de su inauguración, hasta 1930, en que se detiene esta investigación³. Decires que encontraron un registro escrito y, convertidos en documento, dormitan en el archivo histórico que guarda celosamente los expedientes clínicos de los pacientes que fueron encerrados tras los muros del hospital.

Archivo médico-clínico singular, en el cual las escrituras de médicos y pacientes se superponen y se enfrentan, se construyen bajo diferentes regímenes de escritura, bajo distintas posturas enunciativas y buscan, a su vez, producir efectos disímiles...

He fijado la mirada en esos "decires" en su misma irrupción. Expedientes en los cuales se conjuntan las palabras de los médicos referidos a los internos que tienen a su cargo y, de manera marginal, palabras escritas por algunos pacientes, letrados sin duda: relatos de vida, narrativas de sí exigidas por el

² Cfr. entre otros, Michel Foucault, *La Arqueología del Saber*, México, Siglo XXI ed., 1970, especialmente cap. III El enunciado y el Archivo; Valentín N. Voloshinov, *El marxismo y la filosofía del lenguaje*, Madrid, 1992; Hans Saettele Zuend, "Análisis discursivo. Un esquema para las ciencias sociales", en Revista *Versión. Estudios de comunicación y política*, n° 14, 2005, Departamento de Educación y Comunicación, D.C.S.H., UAM-X, México, pp. 143-162.

³ A principios de la década de los treinta las autoridades del Manicomio intentan realizar una serie de reformas buscando dejar atrás la función asilar y frenar los internamientos, Cfr. Cristina Sacristán, "Resistir y Asistir. La profesión psiquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias, 1859-1933, en Illades, C., Kuri, A., et al. *Instituciones y Ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, México, Sábado Distrito Federal, 2000, pp. 187 y sgtes; al igual que se refuerza la preocupación, por parte de los directivos, de mantener al día las historias clínicas de los pacientes y de producir diagnósticos razonados, inquietud que surgió a mediados de la década de los veinte. Cfr. Capítulo IV. El mundo de la Ciencia, pp. 170 y sgtes.

médico como medida terapéutica; cartas a familiares y amigos en las cuales expresan sus necesidades, realizan algún pedido, elaboran una demanda, dan forma verbal a sus sensaciones, emociones y sentimientos y cartas dirigidas a alguna autoridad, sea del hospital, del gobierno federal o del ámbito municipal o policial de su pueblo o ciudad. Por su parte, los médicos, al hacerse cargo del enfermo, hacen de él un "caso clínico", ya que están obligados, por la institución, a cercar a los pacientes por la vía de la escritura: producir una historia clínica, instrumento indispensable para la construcción del saber médico.

El decir de los médicos se resguarda tras la legitimidad de la historia clínica que insiste en perdurar más allá de su autor, perdido y diluido en el discurso de la ciencia, de la disciplina y de la práctica clínica institucional y el decir del loco, aferrado más que a un cuerpo a una letra y una rúbrica que se abisman sin cesar, para aventurarse hacia una región donde prospera el silencio.

No existe en este trabajo la intención de rescatar de las sombras la palabra del loco y, finalmente, "darle la palabra" (pretensión imposible y arrogante); he buscado, propositivamente, ubicarme en el lugar de espectador de las escenas abiertas por los expedientes clínicos, en las que se juegan el saber, el poder y múltiples y sorprendentes formas de resistencia; escenas, a su vez, que dibujan la configuración de personajes: el médico y el enfermo mental.

En el entre-dos de estos decires emergen imágenes precarias, figuras fugaces en que el gesto del loco irrumpe como un estallido del cual resta una palabra temblorosa que se abre en grito nominado delirio, palabra insensata.

Retazos de escrituras que hacen posible imaginar la relación cuerpo-a-cuerpo entre médicos y pacientes; que permiten producir, por momentos dificultosamente y en otros apareciendo como evidencia, la imagen de ese espacio de encierro y opresión; que recrean su atmósfera y pintan una escenografía. Retazos que cual desgarró muestran la otra escena donde la alteración se personifica y los fantasmas que se agitan al interior de lo dicho, como en toda escritura, se teatralizan, entran en escena.

Los médicos escriben en los expedientes clínicos como exigencia institucional, dejan su marca en la construcción de un diagnóstico, en

laprescripción de una terapéutica; asumen la posición enunciativa exigida por la disciplina y el saber, escriben desde el lugar de autoridad que el saber y la institución les otorga, justifica y legitima, escriben para sus pares como requerimiento institucional y como forma de prestigio; impostan una voz que busca borrarlos como sujetos de la enunciación...buscan producir efectos y en ese decir que quiere ser disciplinario y científico, los fantasmas hacen su aparición: desde la posesión de "la verdad clínica", se instituyen en guardianes del orden y de la moral, se preñan de prejuicios étnicos y sexistas, producen una manera de ver y percibir la otredad.

También los enfermos escriben⁴, lo hacen desde su situación de encierro, desde el lugar del delirio asignado por el médico, desde el secuestro de sus cuerpos; decir que se desvía siempre de su destino en una marcha sometida a interrupciones violentas, se lo detiene para encerrarlo, a su vez, en el espacio clauso del expediente: la institución expropia al loco de su palabra (la convierte en ruido o en síntoma), se apropia de ella (retomada por el médico es "citada" en la historia clínica)⁵.

Sus alegatos, por momentos elaborados bajo estricta forma jurídica, al ser encerrados en el expediente, pierden la fuerza que podría otorgarles la ley y se transforman, por esta torsión, en palabra fuera de la ley sometida, ahora sí, a la ley del delirio; y desde esta figura bajo clausura se deslizan hacia un decir que irrumpe en el decir médico, en el discurso institucional instaurando la otra escena, la escena misma de una alteración que guarda, en sí misma, forma impertinente.

Material documental inscrito en el umbral, ya que tras estas huellas, trazos y retazos dejados por el interno con su habla fragmentada y temblorosa se insinúa la presencia de un sujeto singular. En cada carta, en cada relato, en cada cita

⁴ El decir de los internos. del que queda huella en sus escritos, se halla atravesado, también, por los discursos de la época de los cuales no es posible escapar de manera absoluta.

⁵ En algunos expedientes, tal como lo hemos dicho, se hallan textos escritos por los internos, bajo la forma de cartas enviadas a familiares, a algún amigo, a los directivos del hospital, a alguna autoridad gubernamental. Estas cartas rara vez llegaban a destino, retenidas en los expedientes, se constituyeron en objeto de interpretación y confirmación de los diagnósticos médicos: se produce un campo de utilización del decir de los pacientes.

inscrita por el médico emerge un sujeto de la enunciación que intenta hacerse existente y evidenciar su presencia, busca no ser elidido, alega su historia, su lugar, su profesión. Es un ser que se expresa, que busca ser reconocido y que el diagnóstico y la escritura del médico diluye, traga, abisma; sin embargo esas enunciaciones entrecortadas irrumpen en el decir del médico, quiebran la continuidad de lo que busca ser discurso clínico disciplinario, se constituyen, al leer los expedientes, en memoria impertinente de una existencia. Es la irrupción de una alteración.⁶

Desde ese lugar de la alteración, ha sido posible la lectura de la cotidianidad del encierro y secuestro; se tomaron esos decires en su misma irrupción, en su extrema singularidad y en su dispersión temporal. Si bien singulares, con el fin de sobrepasar esa aplastante singularidad, se los alejó de todo trato independiente y solitario en tanto ejemplo o caso⁷, se buscaron sus repeticiones y recurrencias, se tuvieron en cuenta las condiciones mismas de su formulación; se intentó, a su vez, articularlos con el hacer y decir de los médicos, de la institución, de las familias, de los poderes judiciales y administrativos, de los saberes dominantes.

Este intento tiene algo de intolerante y, pareciera, sin pertinencia, ya que trata de buscar una distribución diferente de las palabras de aquellos que han sido institucional e históricamente privados de ella y consiste, a su vez, en querer trabajar con una palabra escasa, rara y considerada sin valor.

Esta intrusión de ese decir alterado desgarró el discurso clínico para volverse huella, indicio, resabio de una vida que subrepticamente hace su aparición en

⁶ “Pero en esta posición donde ya nada es propio, es posible que venga, como en sueños, una inquietud extraña: el poder subrepticio y alterador de lo rechazado”, Michel de Certeau, *La escritura de la Historia*. México, U. Iberoamericana, p.268.

⁷ Se pretende leer “el decir” de los internos fuera de la noción de caso, sea a la manera practicada por Charcot (semiología fundada en la identificación de estructuras patológicas basada en observaciones y presentadas como cuadros coherentes de los síntomas que responden a un modelo sincrónico de la enfermedad), o bien a la practicada por Freud que toma la forma de novela en la cual se integran los síntomas de la enfermedad y la historia del sufrimiento, de tal manera que la estructura es historizada. Cfr. Michel de Certeau. *Historia y Psicoanálisis entre ciencia y ficción*, México, U.Iberoamericana/I.T.E.S.O, 2003, p. 45. Tampoco son leídos desde la noción de caso elaborada por los mecanismos de seguridad producidos por el ejercicio de un poder bio-político. Cfr. Michel Foucault, *Sécurité, Territoire, Population.Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Gallimard-Seuil, pp.59 y sgtes.

tanto algo que llega de otro lado, de una exterioridad que no se domina y que permite que el texto “se deslice hacia lo que está fuera de él, pero de un modo que queda dentro del texto del saber”⁸; desgarró, temblor insistente de una alteridad que torna y retorna cual fantasma para sacar al texto clínico de sus propios goznes y diseminarlo en múltiples imágenes que se refractan a pesar del decir del médico que busca que no escapen del reflejo de su saber; sin embargo, las imágenes se multiplican, las figuras se diseminan para negar y renegar la imagen monolítica que les impone el saber psiquiátrico y escapar del diagnóstico médico que les impone una nueva identidad.

Se ha aceptado de entrada que por medio de estos documentos, en los cuales hace su aparición fantasmática la alteración, no será posible acceder al discurso de la extrañeza como una totalidad clausa, sólo aparecen fragmentos, retazos, intrusiones impertinentes de la exterioridad; se ha abandonado la ilusión de que finalmente se hallará, allí escondida en la letra temblorosa encerrada en los expedientes, “el discurso mismo de la locura” oculto tras los pliegues del discurso de la institución psiquiátrica que implantó, para ellos, la estrategia del silencio. Se ha abandonado, por lo tanto, la ilusión de pensar que por la vía inaugurada en este trabajo, graciosamente, se le habrá dado al loco, finalmente, la palabra: sólo ha sido posible retener tendencias más que presencias, virtualidades que no logran concreción, cual fantasmas que rondan.

Se ha abandonado también la ilusión de haberlos interpretado mejor y de una manera más cercana a “la verdad” que la lectura que hicieron de ellos los médicos de la institución, quienes leyeron desde los códigos del saber de su época. Quizá, la única diferencia estribe en que se utilizan aquí otros códigos, ya que “...no existe si hablamos con rigor, un discurso del otro, sino una alteración del discurso de lo mismo”⁹. La intrusión del decir del loco en el discurso médico no logra conformarse en otro discurso, sólo produce una alteración, una fricción en el decir del médico, en el discurso de la clínica de su tiempo; torsión que

⁸ de Certeau, Michel, *La escritura de la historia..op.cit.* p. 268.

⁹ *Ibidem*, p. 283.

deshace, irónicamente, sus certezas: sólo se intenta, en ese trabajo, dejar registro de esa distorsión.

Hay también otra búsqueda y otro intento inscrito en los márgenes, como al descuido; una intencionalidad que quiere más que describir el pasado, objetivarlo con un propósito genealógico a fin de historizar lo naturalizado: mostrar el funcionamiento y la cotidianidad de esa institución de encierro desde una preocupación presente, a fin de evidenciar sus restos actuantes¹⁰, esa red de huellas persistentes que pareciera que resisten el paso del tiempo, que violentan la cronología, que continúan conformando nuestro presente y nuestra actualidad. Una manera de considerar al pasado como un presente reminiscente.

Intento que busca traer por la vía de la memoria esos decires sepultados en el olvido, dejados de lado, durante mucho tiempo, por la disciplina histórica; restituir “el timbre de esas voces inaudibles [...] que resuenan aún en centenares de documentos de archivo descifrados y en otros miles que todavía no lo están”¹¹ y sólo accesibles desde una cierta concepción del pasado, de la memoria y del quehacer presente del historiador que marca y dirige su mirada.

Desde el momento en que se disuelve la realidad como sustancia ontológica independiente del observador, el pasado surge como resultado de una operación historiográfica, es aquello que resta de un proceso cognitivo y jamás ya como una sustancia con existencia fuera de ese proceso.¹²

El pasado, por lo tanto, existe en tanto hay una memoria que lo narra y lo hace presente, y una disciplina que lo ordena e interpreta. Y tanto una como la otra, caen y recaen sobre aquello que le adviene críticamente: el detalle que hace a la excepción, la aparición del acontecimiento que lleva el signo de la

¹⁰ “Hemos olvidado rápidamente los viejos poderes que ya no se ejercen, los viejos saberes que ya no son útiles, pero en materia moral, no cesamos de saturarnos de viejas creencias en las que ya ni siquiera creemos, de producimos como sujeto a partir de los viejos modos que no corresponden a nuestros problemas”. Gilles Deleuze, *Foucault*, México, Paidós, 1987. p. 140.

¹¹ Aby Warburg, citado por Didi-Huberman, *Ante el tiempo. op. cit.*, p. 175.

¹² Cfr. Michel de Certeau, “La operación historiográfica”, en *La Escritura de la historia, op.cit.* y Alfonso Mendiola, “Del anacronismo como error al anacronismo heurístico”, en *Memoria del Coloquio Los Historiadores y la Historia para el Siglo XXI*, México, I.N.A.H./ E.N.A.H, 2006, pp. 203-224.

diferencia. Así, los hechos que recortan el pasado sólo aparecen bajo la forma de la diferencia o de la excepción, diferencia que se presenta como lo absolutamente nuevo, o bien como algo muy viejo repetido hasta su propia implosión.

El pasado, desde el presente, no deja nunca de reconfigurarse como resultado del incansable trabajo de la memoria; surge como recuerdo plasmado en el documento, o bien se abre paso como resabio de un olvido y, en ambos casos, se encamina siempre más allá del presente, pertenece ya al futuro; es, por lo tanto, un elemento de la duración. Presente del recuerdo de una experiencia pasada que convoca la memoria y compromete el por-venir.

Entrar al análisis del pasado desde la memoria es entrar desde el presente por sus márgenes, por las zonas de umbral; ciertos hechos presentes sacuden la memoria, en ellos se perciben resabios de otros tiempos que se creen ya pasados... y este transitar bordeando el presente mostrará al pasado como un objeto de tiempo complejo: entrelazamiento de tiempos impuros que provocan una singular experiencia del tiempo; un montaje de tiempos heterogéneos, en el que se abre todo el abanico del tiempo bajo la dinámica de la memoria.

La memoria se produce en una abierta manipulación del tiempo, fabrica un relato que violenta su tiempo de emergencia, siempre en presente; aparece como "algo que sobrevive" de lo que ya no es; asume el aire de un sobreviviente cuyo relato emerge como eco de un suelo en ruinas... Y, al mismo tiempo, choque, desgarramiento de un velo, irrupción de un tiempo perdido e ilusoriamente recobrado en fragmentos, cual piezas de un rompecabezas jamás concluido; cual vidrios de un calidoscopio que produce sin cesar imágenes múltiples y cambiantes.

La memoria es sintomática, síntoma de una diferencia que se sostiene en la precariedad y que provoca el hecho histórico, siempre múltiple, abierto a la lectura y a la interpretación, abierto al relato en un juego sin detención ni parada, abierto al infinito como todo acto de lenguaje.¹³

¹³ Cf. Michel Foucault, "Le langage à l'infini", en *Dits et écrits. 1954-1988*, Paris, nrf Gallimard, 1994, t. I, pp. 250-261.

El objeto histórico, hecho de antaño que desató la memoria, se hace presente en el acto que marca el recuerdo; la memoria le otorga a esos fragmentos del pasado una presencia demasiado presente y los transforma en soporte de fantasmas.... O bien, los sepulta en el olvido; sin embargo, el olvido, al ser la otra cara de la memoria, los vuelve potencia, los carga de una virtualidad convertida en residuo actuante sin conciencia que les hace posible sostenerse como reminiscencia aún sin forma, cual fantasma que ronda¹⁴. La memoria, dispuesta a dar formas a los fantasmas que rondan, realiza su trabajo sin descanso, siempre al acecho de una voluntad que recuerde, siempre a la búsqueda de cualquier irrupción involuntaria de un olvido para exigir el recuerdo y para inscribir machaconamente, una y otra vez, de formas disímiles, los indicios del pasado en el presente y desnaturalizar, así, sus insistencias, esa manera singular del pasado de persistir bajo los ropajes del presente.

Trabajar con la memoria es siempre un regreso, una regresión y también una incursión en lo que advendrá, es la producción de montajes de tiempos dispares; la memoria, al desatarse, evade evoluciones, desarrollos y cronologías, impone otra conjugación del tiempo. Evidencia anacronismos al jugar en un doble tiempo: el presente en que se anuncia y el pasado que recuerda. "Es ella la que humaniza y configura el tiempo, entrelaza sus fibras, asegura sus transmisiones, consagrándolo a una impureza esencial"¹⁵, y al jugar en todos los cuadros del tiempo sin cronologías interrumpe la representación, ya que aparece a destiempo, jamás inscrita en un tiempo propio, nunca el apropiado. El tiempo de la memoria es siempre el tiempo de la otredad: no es el tiempo-otro del pasado,

¹⁴ "A pesar del esfuerzo de los historiadores, escribas y archiveros de toda especie, la cantidad de lo que –en la historia de la sociedad como en la de los individuos– se va perdiendo irremisiblemente es infinitamente más grande que lo que puede recogerse en los archivos de la memoria" [...] Pero este caos informe del olvido no es inerte ni ineficaz, al contrario, opera en nosotros con no menor fuerza que la masa de recuerdos conscientes, aunque de un modo diverso" [...] "si –tanto en el plano colectivo como en el individual– perdemos toda relación con la masa de lo olvidado que nos acompaña como un *golem* silencioso, entonces se manifestará en nosotros de un modo destructivo y perverso. en la forma de lo que Freud llama el retorno de lo rechazado, es decir. el retorno de lo imposible como tal.". Giorgio Agamben, *El tiempo que resta. Comentario a la Carta a los romanos*, Madrid, Ed. Trotta, 2006. p.48.

¹⁵ Georges Didi-Huberman, *Ante el tiempo*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo, 2006, p.40.

ya que la memoria sólo invoca, convoca y provoca ese tiempo pasado; no es tampoco el aquí y ahora del presente, sólo evoca en presente un tiempo pasado.

En su irrupción, la memoria provoca semejanzas desplazadas con el presente, emerge como instante "anacrónico" que se expresa cual un síntoma que quiebra cualquier continuidad, síntoma que no llega a ser más que gesto que irrumpe para sostenerse en signo interrogante, al igual que el síntoma de un cuerpo que evidencia la crisis, la catástrofe, el malestar...

El síntoma se inscribe en la duración y la pone en duda: corte puramente expresivo que se mantiene inalterable en su gesto perturbador e inscribe la lejanía por más cercano que pueda hallarse; es cercano y distante a la vez; único y extraño a pesar de su repetición sin escrúpulos. En él "todos los tiempos están trenzados, puestos en juego y desbaratados, contradichos y sobredimensionados"... La memoria del pasado, siempre en presente, se hace potencia de futuro al anunciar la crisis, la catástrofe; aparece también como un presente "naciente" y, al manifestarse como signo, se hace presente "reminiscente". En ese presente naciente y reminiscente del síntoma se conjuntan sin distinción el ver, el mirar y el creer: trama de significancias¹⁶ que hace resurgir cuerpos olvidados volviéndolos visibles, amplifica sus voces, insinúa sus texturas... trama que altera los *tempos* posibilitando que los ritmos se descompongan y recompongan....Es choque y también formación; es lo viejo que encuentra repetidas y aun encubridoras formas de expresión, y también lo nuevo en el acontecimiento del retorno y repetición del pasado.

La irrupción de la memoria no indica la posesión de lo rememorado, es más bien su pérdida: al abrirse en relato tuvo que desbaratar el suelo en que el recuerdo se ocultaba, cual si hubiese ocurrido una excavación arqueológica, siguiendo la alegoría de Freud¹⁷: para llegar al recuerdo habrá que horadar el suelo originario en que se hallaba oculto, desfigurarlos, producir un nuevo paisaje.

¹⁶ Cfr. Roland Barthes, *Lo obvio y lo obtuso Imágenes, gestos, voces*, Barcelona, Paidós Comunicación, 1992, p. 52 y Julia Kristeva, *Al comienzo era el amor. Psicoanálisis y fe*, Buenos Aires, Gedisa, 1986, pp. 17-20.

¹⁷ Cfr. Sigmund Freud, *El malestar en la cultura*, en *Obras Completas*, t.XXI, Buenos Aires, Amorrortu, 1973, pp. 69-71.

“Tenemos el objeto, el documento pero, en cuanto a su contexto, su lugar de existencia y de posibilidad, no lo tenemos como tal. Nunca lo tuvimos ni lo tendremos. En consecuencia, estamos condenados a los recuerdos encubridores, o bien a sostener una mirada crítica sobre nuestros hallazgos (...) y una mirada melancólica hacia el espesor del suelo (...)”¹⁸

No habrá más que tomar ese fragmento de pasado desatado por la memoria como una trama singular de espacio y tiempo, cual si ese trozo desbaratado de existencia exigiera la mirada, demandara la atención, conminara a “levantar los ojos”; y en esa tensión producida en el acto de remover las ruinas, las imágenes surgen y pueblan la escena, se acercan y se alejan, se abren a la lectura, se cargan de sentido alegórico, provocando un acercamiento que también es puesta en distancia: huella no sólo de aquello que aún resta sino también indicio de lo definitivamente perdido.

La memoria se conforma en medio, lugar y suelo fértil de la vivencia de recordar. Es el acto mismo de desenterrar lo muerto y darle forma a los cuerpos desbaratados, a los cadáveres descompuestos. Por ello, no rescata el pasado, sólo es capaz de producir un presente reminiscente. No es capaz de reproducir el pasado y dar de él una representación; más que representar el pasado lo produce al provocar una imagen que entra en conjunción inmediata con el presente y, de esta manera, historiza, sin más, el relato y la interpretación. Cada presente produce, en la tensión desatada por la memoria, sus propias imágenes del pasado, propias y *sui-generis* exigidas por ese presente y, de esta manera, las imágenes pasadas se cargan de una notoria actualidad. Cada presente libera, sin lograr someterlos al olvido, algunos fantasmas que lo rondan sin destino, lo sacuden y presagian el malestar.

Manera, entonces, de tomar la historia “a contrapelo”, sin recurrir a causas, paternidades, influencias o efectos, desbaratando la cronología. Búsqueda de los despojos de la historia, de los “tiempos perdidos”, que por razones presentes sacuden involuntariamente la memoria y la larga duración para instituirse en

¹⁸ Georges Didi-Huberman, *Lo que vemos, lo que nos mira*, Buenos Aires, Manantial – Bordes, 1997, p.117.

"síntoma", eso no observado y minúsculo que exige la mirada y el ver: "levantar los ojos"; exigencia que surge en y desde las entrañas mismas de la experiencia presente.

En el síntoma, pasado y presente se expresan al unísono: "coincido, caigo conjuntamente...."¹⁹, en él nace el indicio de que algo sucede o va a suceder. El síntoma es huella, señal, sólo accesible a la mirada desde la experiencia presente que lo ubica entre los despojos que restan... cual si el presente discurriera sobre un suelo minado, restos que esperan imperturbables el instante de su detonación.

El pasado, por lo tanto, deja de ser fijo y ya pasado, se configura ante cada irrupción de la memoria, en cada despertar, momento fulgurante en que el sueño invade aún la vigilia y ella no tiene la potencia suficiente para someterlo todavía al olvido.

El pasado ya no será considerado como ese cúmulo de hechos inertes a hallar, aislar y narrar en un relato causal... Los hechos, aquellos del pasado, en tanto huellas se hallan en continuo movimiento, no dejan de moverse, de metamorfosearse, alcanzando presencia en cada despertar.... "No se parte de los hechos del pasado en sí mismos (ilusión histórica), sino del movimiento que los recuerda y los construye en el saber presente del historiador. No hay historia sin teoría de la memoria".²⁰

El pasado, observado desde esta perspectiva, nunca ha pasado por completo, siempre se halla en ebullición, siempre desplazándose, nunca definitivamente conformado. Se expresa en cada presente como una "cuestión del recuerdo", acto de memoria y también de actualidad, síntoma que muestra con descaro lo que aún no hemos dejado de ser y lo que no somos todavía²¹.

El pasado, convertido en huellas en el presente, no es más que un entrelazamiento de vestigios, despojos, caídas, interrupciones, síntomas y

¹⁹ Joan Corominas, *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*, Madrid, Gredos, 1996.

²⁰ Georges Didi-Huberman, *Ante el tiempo....op. cit.*, p.137.

²¹ Sobre la noción de actualidad Cfr. Michel Foucault, muy especialmente "Qu'est-ce que les Lumières" y "What is Enlightenment", en *Dits et écrits... op.cit*, t. IV, pp. 679-688 y pp. 562-578.

malestares que quiebran la continuidad; receptáculos de recuerdos devenidos restos, indicios, única materia accesible del tiempo pasado.

Las huellas expresan no sólo un residuo, un desecho sino también un trabajo, el trabajo del tiempo y de la memoria que busca desandar el tiempo y mostrar sus persistentes resistencias. Proceso de la memoria que trabaja denodadamente contra el trabajar demoledor y sin descanso del tiempo, produciendo relatos tras relatos, montando imágenes, dibujando cuadros y figuras. Montaje de múltiples imágenes en que se entrecruzan espacio y lenguaje, materias y emociones, formas precisas y derrumbamientos, figuras y desfiguraciones. Imágenes que logran hacerse visibles por medio de un lenguaje de umbral en el cual el texto escrito, por la vía de la descripción, delinea figuras y pinta imágenes, y esas figuras e imágenes devienen texto a leer; zona de incertidumbre de una textualidad en el que se entreveran relatos, imágenes, figuras y siluetas, atravesadas por los juegos de luces y sombras.

Ese entrelazamiento de relatos, figuras y siluetas al que se le da nombre de "imagen"²² no puede ser reducido a un tema, a un concepto, a un esquema, a una explicación: es desgarró, instauración de una distancia, puerta que se abre a lo que puja por emerger... Sólo, tal vez, sea capaz de figurar la figura de los tiempos entrelazados, provocando, en su configuración, una lectura crítica del pasado y del presente que se expresan en ella al unísono, que caen conjuntamente... lectura crítica del presente en la conflagración, que provoca en él, el desgarramiento del velo en que el pasado se hace presente por el acto de memoria.

Esta imagen no podrá ser exégesis, ni tan siquiera interpretación, sólo podrá insinuarse alegóricamente: será crítica y desfigurativa; melancólica y también irónica; irrupción en presente de un tiempo pasado bajo la máscara del síntoma, ya que juega en un doble tiempo: se reconoce su reaparición como presente del acontecimiento y hace evidente su latencia en el correr del tiempo... El pasado

²² Sobre la noción de "imagen" que hace uso el texto Cfr. Walter Benjamín, "Sur quelques thèmes baudelairiens", *Oeuvres*, t. III, Paris, Gallimard, 2000, pp. 329-39 y Georges Didi-Huberman, "2. La imagen malicia. Historia del arte y malicia del tiempo, en *Ante el tiempo...op.cit*, pp. 119 y sgtes.

sólo nos llega por esta vía, la de su irrupción como un presente reminiscente, un presente, que sin poder ser considerado anacrónico, muestra descaradamente las "anacronías"²³.

En todo trabajo que busca rastrear las huellas del pasado, la memoria juega un rol central, siendo mucho más que el documento objetivo que el investigador encuentra en los archivos y también, más, mucho más, que la facultad subjetiva que nos constituye como humanos, ya que el trabajo de la memoria es hacer actuales los restos olvidados del pasado, dejar hablar a los fantasmas que rondan, historizar los síntomas, sabiendo que aquello que relata en su emergencia es una exigencia de la experiencia presente y la ínfima parte de todo lo que se agita en su interior, el cúmulo de lo inconsciente que continúa como tal su trabajo a la espera...siempre a la espera del momento de actualización.

Así pensado, toda investigación del pasado desde la memoria lleva la marca de un tenaz juego de asociaciones, en el cual con los jirones del tiempo se fabrican imágenes materiales y psíquicas; externas e internas; de formas y de lenguaje; de formas definidas o tan sólo insinuadas; discontinuas... precarias, sometidas a cada tirada de dados producto del azar. Representaciones inestables sin figuración fija: algo así como una bola de fuego que atraviesa el horizonte del presente, como una estrella fugaz que cruza un cielo nocturno²⁴... Imágenes de lo que fue cuyas huellas restan todavía y que, fugazmente, así como emergen se disipan; particularidades que escapan a la regularidad...que funcionan como excepción, que introducen el interrogante, que remiten a actos y

²³ "No hay anacronismo. Pero existen modos de conexión que podemos llamar positivamente anacronías: acontecimientos, nociones, significaciones que toman el tiempo a contrapelo, que hacen circular el sentido de una manera que escapa a toda contemporaneidad, a toda identidad del tiempo con 'sí mismo'. Una anacronía es una palabra, un hecho, una secuencia significativa fuera de 'su tiempo'; dotada, a la vez, de la capacidad de definir encauzamientos temporales inéditos y de asegurar el salto o la conexión de una línea de temporalidad a la otra. La multiplicidad de líneas de temporalidad, de sentido al igual que de tiempo, incluidas en un 'mismo' tiempo es la condición del proceder histórico. Tomarlo efectivamente en cuenta debería ser el punto de partida de una ciencia histórica, menos preocupada por su respectabilidad 'científica' y más preocupada de eso que 'historia' quiere decir." Jacques Rancière, "Le concept d'anachronisme et la vérité de l'historien" en *L'Inactuel. Mesonges. Vérités*, nº 6, Paris, Calmann-Lévy, 1996. (traducción mía)

²⁴ Cfr. Walter Benjamin, *Libro de los Pasajes*, Ed. De Rolf Tiedemann, Madrid, Akal, 2007, N [Teoría del Conocimiento, Teoría del Progreso], pp. 459-490.

personas que han quedado fuera del conocimiento y del discurso... Imágenes que se mueven en las fronteras de la regularidad e imponen una distancia.

Imágenes frágiles producto de una colisión en que el tiempo y las cosas chocan y en ese instante de quiebre y catástrofe se hacen visibles para desaparecer sin más "...es una imagen única, irremplazable del pasado que se desvanece en cada presente que no supo reconocerse observado por ella"²⁵. Imágenes que se producen siempre en presente, en un ahora que aparece como relámpago que refulge un instante en el que surge el pasado cual latencia, huella, fósil y que convoca al futuro como tensión y deseo.

Al aparecer rompen el ritmo de la continuidad y provocan un ritmo-otro, un contra-ritmo, síncopa que al contraer los tiempos exige una contra-acción, un contra-hecho, un acto futuro ¿será acaso éste el ritmo de la historia? ¿Una historia que se atranca una y otra vez, ante este o aquel resto que logra hacerse presente en el acto de memoria?

Las imágenes producidas se avizoran como la figuración misma del choque de los tiempos y son, en sí mismas, capaces de liberar todas las modalidades del tiempo: desde la experiencia presente reminiscente a lo genuinamente inédito; desde la cesura misma en la continuidad hasta la decadencia del fenómeno sometido al denodado trabajo del tiempo. La historia, entonces, se disgrega en imágenes más que en relatos que tejen la continuidad y, a su vez, los relatos se perfilan dibujados en imágenes....

La narración de esta conjunción y conflagración de tiempos, de este entrecruzamiento de imágenes, figuras, siluetas y relatos, exige un trabajo de escritura en el que entren en escena aquellos que ya no están, delineando sus figuras, insinuando sus siluetas, dando forma a esas imágenes precarias cuyos trazos surgen de los restos y las ruinas. Una manera de exorcizar la muerte – dirá Michel de Certeau, ya que la introduce en el discurso cual ritual de entierro, al tiempo que le otorga un lugar a los vivos.

²⁵ Georges Didi-Huberman, *Ante el tiempo. op. cit.*, 151.

La escritura del pasado se convierte en tumba en un doble sentido, "ya que el mismo texto, lo honra y lo elimina"²⁶. Introduce el pasado en el orden del discurso y el saber y con ello le da un espacio en el mundo de los símbolos... da a lo muerto y a la muerte una imagen, y con ello los ubica en el tiempo e historiza el presente que se instituye como tal, claramente definido y diferenciado del pasado, buscando dominar, así, a los fantasmas que rondan.

*

Este trabajo que he emprendido intenta ser una suerte de producción teórica autónoma, no centrada en disciplina alguna, si bien las reflexiones disciplinarias se hallan presentes: la historia, los estudios de la memoria, la semiología, la semiótica, la antropología, la etnografía, la psiquiatría, el psicoanálisis, el derecho y la política y acompañada de las reflexiones histórico-filosóficas desarrolladas por Foucault y de Certeau.

Busco con este trabajo hacer una lectura de la cotidianidad del Manicomio General La Castañeda desde otros ángulos, a la luz de otras miradas. Para ello, rescato, intencionalmente, "saberes sometidos"²⁷, documentos sepultados en las historias clínicas que no encontraron más que un lugar marginal en el discurso institucional. Al emerger del silencio, de la oscuridad o de su lugar reglamentado, desataron una crítica efectiva, produjeron un saber local, singular de las ínfimas

²⁶ Michel de Certeau, *La Escritura de la historia...* *op.cit.* p.67.

²⁷ Cfr. Michel Foucault, "*Il faut défendre la société*". *Cours au Collège de France*, 1976, Paris, Gallimard-Seuil, pp. 8 y sgtes. "Y por *saberes sometidos* entiendo dos cosas. Por una parte [...] contenidos históricos que fueron sepultados, enmascarados en coherencias funcionales o sistematizaciones formales [...] y que la crítica pudo hacer reaparecer por medio, desde luego, de la erudición. [...] En segundo lugar, [...] con esa expresión me refiero, igualmente, a toda una serie de saberes que estaban descalificados como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, saberes jerárquicamente inferiores, saberes por debajo del nivel de conocimiento o científicidad exigidos." (Traducción Horacio Pons en Michel Foucault, *Defender la Sociedad*, Buenos Aires, F.C.E., p. 21)

luchas, de los mínimos enfrentamientos, de los desesperados haceres de cuerpos en encierro.

He buscado, propositivamente, rescatar saberes descalificados e insuficientemente elaborados: beatos e ingenuos, jerárquicamente inferiores, paralelos y marginales al saber elaborado por las disciplinas, saberes del paciente recluso, incapaces de universalidad en los que se agita una fuerza que se opone a todo lo que lo rodea.

Esos textos escritos por los pacientes, leídos como testimonio de una práctica concreta que encontró su lugar en el Manicomio La Castañeda, permite lanzar una mirada sobre el funcionamiento de la institución psiquiátrica y de los saberes y maneras de hacer de los médicos de la época desde otro lugar, desde otro emplazamiento.

Por otro lado, no se parte de entender la locura como una entidad con vida propia. Esos documentos posibilitan observar prácticas concretas por las cuales, los sujetos ahí reclusos, se constituyeron en “enfermos mentales”, en locos y peligrosos en la inmanencia misma de un dominio institucional productor de saberes y de conocimientos: una puesta en escena de una práctica con sus respectivos juegos de poder que no se les imponen ni a los médicos ni a los enfermos desde el exterior sino que abren un campo de experiencia que no deja de modificarse.

La pregunta no es quién es el loco paciente interno de La Castañeda, sino qué se hacía con ellos, en ese espacio, en ese tiempo, cuáles eran las maneras de hacer más o menos regladas, más o menos reflexionadas, cuáles eran las maneras de asumir o rechazar esas maneras de hacer en ese campo de prácticas abierto. Las cartas de los pacientes muestran, sin decoro alguno, los modos de hacer y pensar que se fraguaban cotidianamente al interior de aquellos muros.

Enfoque en primer plano, muy de cerca, de los textos y cartas de los pacientes; pero, al mismo tiempo y para poder darles una cierta movilidad, fue imprescindible mirarlas en perspectiva y observar lo que se debatía alrededor de ellas. Debate inscrito en un horizonte familiar que, por serlo tanto, escapa a la

vista; horizonte en el que se inscriben formas de pensar, de hacer, de decir que fueron producidas por prácticas a veces silenciosas, por momentos parlanchinas que ni buscaban ni intentaban el secreto.²⁸

Para ello, fue imprescindible ubicar el Manicomio en el espacio discursivo de la época y en la red de prácticas y políticas implementadas más allá del espacio institucional; prácticas y políticas, discursos y reglamentaciones que hicieron posible la configuración, cual si fuesen personajes de una obra teatral, de médicos psiquiatras y enfermos mentales en el espacio nacional, espacio en que se construyen concepciones, nociones, mitos y prejuicios y que elaboran, como al descuido y como efecto, la imagen misma de "lo mexicano". A esto se aboca el primer capítulo.

Los capítulos siguientes intentan reconstruir los "decires" mismos de los pacientes reclusos y de los médicos-psiquiatras que compartieron ese espacio durante los primeros veinte años de existencia del Manicomio. Decires en continuo enfrentamiento que fueron capaces de "poner por escrito" las prácticas cotidianas de la institución.

*

Este texto se debate, a su vez, con otros textos y se cubre de citas a pie de página que corren en paralelo al texto escrito, cual si no fuesen más que injertos ya que con ellas intento afirmar o reafirmar toma de posiciones, dar sustento a tesis avanzadas... Pero, es imprescindible advertir que las citas no sólo afirman y avalan posturas y decisiones tomadas sino que introducen vacíos, deslizamientos, ponen también a temblar al texto.

"Libros y prostitutas: las notas a pie de página son para aquellos lo que, para éstas, los billetes ocultos en la media". Walter Benjamin.²⁹

²⁸ Cfr. (1977) Michel Foucault, "Pour une morale de l'inconfort", en *Dits et Écrits.... op. cit.* t. III (1976-1979), p. 783.

²⁹ Walter Benjamin, *Dirección Única*, Madrid, Alfaguara, 1987, p. 48.



I. La casa de los locos:

Normar, normalizar, abandonar...

Hospital para Dementes. Imperativa necesidad social y urgencia política.

Desde mediados del siglo XIX, las academias y sociedades médicas mexicanas recomendaban y exigían la construcción de un nuevo hospital, no sólo para el tratamiento o curación de los enfermos mentales sino para seguridad de la población y para bienestar de la familia: necesidad de someter a los dementes al aislamiento, a la dependencia y a la regularidad, medidas imprescindibles, ya que sin ellas se consideraba imposible toda cura o rehabilitación.

La construcción del hospital debía realizarse bajo estrictos criterios médicos, a fin de poner a México "a la altura en que se encuentran los de su clase en Europa"¹. El Manicomio surge, en este momento de la historia nacional, como una necesidad, así como también es perentoria la construcción de un hospital general y de una cárcel, establecimientos indispensables para un país que anhelaba formar parte de la "modernidad"².

En los diez primeros años del siglo XX, México logra la construcción de estos tres espacios tan ansiados: en 1900 se inaugura la cárcel de Lecumberri; en

¹ Ramón Alfaro "Breve noticia histórica del hospital de dementes San Hipólito de México" en Revista *Gaceta Médica de México*, Vol. 2 #15, (1866), p. 240.

² Cfr. Francisco Patiño "El Hospital General y el Manicomio," en Revista *La Escuela de Medicina*, t. IV, # 3, (1882), pp. 27-29.

1905 el Hospital General y, finalmente, en 1910, como conmemoración del centenario de la Independencia, el Presidente Porfirio Díaz inaugura, el 1 de septiembre, el Manicomio General llamado La Castañeda, en razón del nombre del predio en que se instaló.

Esta urgencia y necesidad se ve reflejada en el decir imperativo de los médicos de esa época, quienes tratan de implementar lo que observan en diferentes centros hospitalarios de otros países. Los hospitales para dementes instalados en Francia, Gran Bretaña, Bélgica, Alemania e igualmente en Estados Unidos llaman poderosamente su atención, realizan visitas y escriben incansablemente en las revistas científicas de la época, alabando su organización, mostrando su carácter novedoso, la precisión de su terapéutica y el esplendor de su diseño y funcionamiento; los contraponen con los asilos de esta parte del mundo para mostrar lo deficiente de su funcionamiento y lo inapropiado de sus construcciones; dura crítica no sólo a las instituciones mexicanas sino a las de “la América toda”.

Estos hospitales “ejemplares”, como el de Vanves³ fundado por Voisin y Falret cerca de París; las colonias agrícolas de Gheel⁴ en Bélgica o el sanatorio de Oak Grove⁵ en Michigan, Estados Unidos, no sólo atrajeron la atención y el entusiasmo de un conjunto de médicos, sino que a partir de mediados del siglo XIX, dejan registro de este interés en numerosos artículos aparecidos en las revistas especializadas de la época y en los órganos de divulgación de academias, asociaciones científicas, escuelas y centros de estudio.

Las descripciones detalladas, minuciosas y entusiasmadas que realizan de estos centros tienden a mostrarlos como espacios casi paradisiacos, cual si fuesen centros de esparcimiento y placer, donde no faltan los tratos dulces y cariñosos, los paisajes de ensueño, las formas novedosas de tratamiento, los

³ Martínez del Río, “Establecimiento Privado para la cura de los locos en Vanves”, en Revista *La Escuela de Medicina*, Vol. 2 #9 (1837-1838), pp. 365-367.

⁴ E. de Raso (Trad.), “Las colonias de los locos”, en Revista *La Escuela de Medicina*, t. XI #12, (1891), pp.243-246.

⁵ Dr D. M. Velez, “Una visita al Sanatorio de Oak Grove, hospital para el tratamiento de enfermedades nerviosas y mentales establecido en 1891 en Fliut, Michigan, E.U.A.”, en Revista *La Escuela de Medicina*, t. XXVI #4, (1911), pp.73-38.

baños de relajamiento, las distracciones inocentes y benéficas, el trabajo como terapia; si bien también se encuentran algunos detractores de este tipo de proyectos.

Por otro lado, la preocupación y mirada de los médicos se centra, a su vez, en los hospitales para dementes ya existentes en la ciudad de México, el San Hipólito para hombres y el Divino Salvador para mujeres⁶, describiendo su constitución durante la Colonia, los avatares políticos que tuvieron que padecer a lo largo de tres siglos, las deficiencias de su organización, las características de su arquitectura, diseño y mobiliario y la falta de una clara perspectiva clínica y científica que hacía de ellos espacios obsoletos.

Estos dos antiguos hospitales, que recogieron a enfermos pobres, ancianos y dementes sin discriminación durante mucho tiempo, fueron construidos en un tiempo en que se ignoraban los avances de la ciencia y las necesidades de los enfermos: sus celdas eran estrechas, mal ventiladas, sin el mobiliario necesario o adecuado, con escaso personal; un establecimiento más cercano a una "prisión" –dirán- que a un hospital con características terapéuticas modernas. Las descripciones que los médicos realizan construyen, sin dificultad, la imagen misma del horror y de la infamia: "la casa de los locos", tal como ellos mismos la denominan⁷.

Una misma preocupación se mantiene en el decir elaborado por los médicos de la época: la necesidad de un nuevo hospital, cuya construcción no sólo

⁶ Revista *La Gaceta Médica de México*, Vol.2 #13 (1866), pp.238-40 y Vol.13 #1-35 (1878) pp.64-73 y 114-118; *La Independencia Médica*, t. I #15 (1880) pp.127-131 y t.I #33 (1881) pp.283-286); *La Escuela de Medicina*, t.IV #3 (1882), pp.27-29) y t. IX #7 (1888), pp.133-35; Enrique Aragón. *La enajenación mental en México*, Conferencia Facultad de Medicina, 1895. Este interés se vuelve "histórico", años más tarde, *cfr.* Samuel Ramírez Moreno, "Datos históricos sobre los Manicomios y la Psiquiatría en México", en *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, Vol. I, mayo 1934, #1, pp.7-19.

⁷Ramón Alfaro, "Breve noticia histórica del hospital de dementes de San Hipólito en México", en *Revista La Gaceta Médica de México*. Vol. 2 #13. (1886), p. 240. "El primer departamento está destinado á los epilépticos, pero como no caben allí es necesario ponerlos en otra parte. El tercero está ocupado por locos tranquilos. En el segundo hay cuarenta y cuatro celdas divididas en dos pisos, pero éstas conservan su mala construcción primitiva, y admira cómo pueden vivir en ella los locos. Celdas estrechas, mal ventiladas, con sus pavimentos de madera las que están en el piso bajo cuyas vigas han absorbido tal cantidad de orina, que en lo mas de ella se siente uno asfixiarse al entrar"

recomiendan, sino que demandan, sino que exigen y aún suplican a las órdenes de decisión gubernamental. El Manicomio, entonces, aparece como una necesidad propia de la "modernidad", capaz de reflejar la civilización de los pueblos⁸.

Las sociedades y academias médicas realizaron una labor sostenida durante más de medio siglo buscando influir en las decisiones políticas del estado y en la puesta en marcha de un conjunto de normas tendientes a reglamentar el funcionamiento de una política de salud que implementara un tratamiento para la locura en tanto enfermedad. Estas normas y reglamentaciones incidieron en la producción de una nueva manera de concebir y tratar al pobre- considerado cercano a lo patológico; al mismo tiempo que contribuyó a desarrollar una importante política educativa, dado que educar a la población se constituyó en la técnica apropiada para hacer eficiente la nueva noso-política que intentaban poner en funcionamiento.

Se hizo imprescindible producir normas y reglamentaciones a fin de que las decisiones políticas no cayeran en el vacío y alcanzaran operatividad y eficacia; de esta manera, en 1881, se aprueba y promulga el Reglamento de Beneficencia Pública en el Distrito Federal por medio del cual la Secretaría de Gobernación asume la dirección y administración de un conjunto de establecimientos que se convertirán, a partir de este momento, en una tarea de orden público y en una preocupación gubernamental: hospitales para hombres y mujeres, para dementes, sifilíticos, para niños y maternidad; pero también hospicios para pobres, escuelas industriales para huérfanos y escuelas correccionales para jóvenes corrigendos⁹.

⁸ Francisco Patiño, "El Hospital General y el Manicomio", en Revista *La Escuela de Medicina*, *op. cit.*, p. 29. "...remediar pues, esa grande, esa infinita desdicha [la pérdida de la razón] es casi una *sagrada obligación* de las naciones cultas, por esto los Manicomios reflejan la civilización de los pueblos, y por esto es llegada ya la hora de que nuestros Gobiernos piensen seriamente en el pobre loco y le den un asilo digno, digámoslo así, de su infortunio. (...) Por lo mismo, al saber que el Gobierno trata de construir un Manicomio, á él se dirigen nuestros elogios y nuestras exitativas para que persevere en tan loable idea." (cursivas mías). Llama la atención el entrecruzamiento de lo sagrado y lo político, lo compasivo y lo científico.

⁹ "Reglamento de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal", en Revista *La Gaceta Médica en México*, Vol. 16 #1-24 (1881), pp. 301-308; 326-332 y 348-352. Los establecimientos de la

El proyecto de construcción de un Manicomio en la ciudad de México no está fuera de las preocupaciones políticas “modernizantes” del gobierno porfiriano. Desde mediados del siglo XIX surgen múltiples reglamentaciones en el dominio de la salud pública de muy diversa índole, se emiten códigos sanitarios, se busca reglamentar la práctica médica, elaborar una política de salud teniendo como ejemplo la medicina clínica y experimental europea y muy especialmente la medicina urbana francesa.

Aparecen los primeros institutos de investigación médica y se busca transitar, de manera rápida y efectiva, de un disciplinamiento de los sujetos a políticas poblacionales de índole general, superponiéndose ejercicios diferentes de un poder normalizador¹⁰. Con ese fin, se elaboran múltiples estrategias educativas, normativas y discursivas que pretenden fortalecer y vigorizar la población por la vía de la higiene, promoviendo y difundiendo la salud pública.¹¹

Desde el Porfiriato, se asociaba sin dificultad la pobreza a la inmoralidad, la criminalidad y la enfermedad, por lo tanto, la promoción de la higiene ocupó un lugar relevante en el hacer gubernamental. El *1º Congreso Higiénico Pedagógico*

Beneficencia Pública quedaron bajo la dirección y dependencia de la Secretaría de Gobernación y según lo establecía el art. 43 se dividieron en tres clases: hospitales, hospicios y casas de educación y corrección, así el *Hospital de San Andrés* (tratamiento de enfermedades agudas, médicas y médico-quirúrgicas); el *Hospital Juárez* (al servicio de las cárceles); el *Hospital Morelos* (tratamiento de enfermedades sifilíticas de mujeres); el *Hospital de Maternidad* (asistencia a parturientas); el *Hospital de Infancia* (asistencia de enfermedades de niños); el *Hospital de hombres dementes* (cuidado y tratamiento de dementes y epilépticos, pobres y pensionistas); el *Hospital de mujeres dementes* (cuidado y tratamiento de mujeres dementes y epilépticas, pobres y pensionistas); el *Hospicio de pobres* (asilo y educación de niños de 7 a 10 años y niñas de 7 a 14 y de ancianos y ancianas desvalidos); la *Escuela Industrial de Huérfanos* (asilo y educación de jóvenes pobres y pensionistas de 10 a 14 años); la *Escuela de educación correccional de agricultura práctica* (para jóvenes corrigendos no mayores de 16 años); y dos *Consultorios médicos* (en los hospitales de San Andrés y de Infancia para enfermos pobres).

¹⁰ Este planteamiento se realiza desde la perspectiva de M. Foucault en relación a las distancias existentes entre un poder disciplinario que busca normar y un poder bio-político que se ejerce por medio de mecanismos de seguridad, en la búsqueda de normalizar a la población como un todo. Ver *infra* citas #15; 18; 21; 25 y 56.

¹¹ Sobre esta cuestión *cfr.* Laura Cházaro G. (editora). *Medicina, Ciencia y Sociedad en México, Siglo XIX*, México. El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 2002; Claudia Agostoni (Coord.). *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, Siglos XIX y XX*, México, U.N.A.M / Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008 y Beatriz Urías Horcasitas, *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquest, 2007, especialmente “Segunda Parte. Los laboratorios”.

tuvo lugar en la ciudad de México en 1882, en él se hace evidente un cambio discursivo: “la limpieza definida como ropa, cara y manos limpias, significaba un elemento constitutivo del orden y el progreso con el que asegurarían (...) el ingreso de México al ‘concurso de las naciones civilizadas’, o como decía un informe oficial, granjearía ‘la gratitud sin límites de un pueblo ávido de nivelarse al más ilustrado de la tierra’”¹²

El aseo y la limpieza del cuerpo se relacionaba con la decencia y la buena cuna, los que ensuciaban eran gente sin calidad: pobres e indios que andaban descalzos en contacto con la tierra....La pobreza tomó el signo negativo que había adquirido en Europa a partir de fines del siglo XVII.¹³

La escuela, por su parte, debía transformarse en el lugar privilegiado donde los niños se convertirían en “gente decente”, en hombres de bien y de razón, allí serían alfabetizados en la lengua que debía imponerse como única y hegemónica, el español. La escuela cumpliría las funciones que la familia no estaba aún en condiciones de proporcionar. Los “manuales de higiene” se constituyeron en la nueva Biblia, cuya observancia sería capaz de producir el nuevo país anhelado; de esta manera, la higiene quiere ser instaurada en la nueva religión laica preconizada por el estado.¹⁴

La clase gobernante, y muy en especial los médicos que la integran, se preocupan, entonces, por la niñez y la maternidad; por campesinos y pobres; por seres disminuidos ciegos, tullidos, sordo-mundos, mancos y paralíticos, todos ellos, en su mayoría pobres, indigentes, menesterosos.... Se interesan, a su vez,

¹² Anne Staples, “Primeros pasos de la higiene escolar decimonónica”, en Claudia Agostoni (Coord.), *Curar, sanar y educar...op. cit.* pp. 18-19.

¹³ Cfr. Michel Foucault, *Historia de la locura en la Epoca Clásica*, México, F.C.E., 1967, t. 1, pp. 94 y sgtes. “De una experiencia religiosa que la santifica, pasa a una concepción moral que la condena. Las grandes casas de internamiento se encuentran al término de esta evolución: laicización de la caridad, sin duda; pero, oscuramente, también castigo moral de la miseria [...] parentesco demasiado frecuente de la pobreza y el vicio”.

¹⁴ Cfr. entre otros, Dr. Luis E. Ruiz, *Nociones elementales de higiene*, México, Imprenta de Aguilar e hijos, 1898 y Dr. Manuel S. Iglesias, *Cartilla de Higiene. Obra escrita para vulgarizar la higiene entre las masas populares*, Veracruz, Publicación de 50 ejemplares numerados por el autor, 1911. “La civilización estaría expuesta á perecer, á causa de su propio exceso, si no vigilase el higienista. La higiene nos da armas contra nuevos enemigos y nos enseña, sobre todo, á oponerles, no ya el esfuerzo aislado y sin cohesión, sino una acción sistemática y disciplinada; no es una cuestión individual, sino municipal, nacional y aun internacional” (carátula del libro)

por ciertas enfermedades endémicas que asolan el país: la fiebre amarilla o vómito negro, el tifus, la sífilis, la peste, la tuberculosis, el alcoholismo...

Interesa mencionar la manera en que el gobierno se hace cargo de situaciones de emergencia como es el caso de la epidemia de fiebre amarilla en Veracruz, en 1903, que asumió proporciones alarmantes.

"Las autoridades sanitarias federales dividieron el puerto de Veracruz en cuatro distritos, cada uno a cargo de un médico, el cual contaba con el apoyo de siete u ocho agentes y cierto número de mozos; y mandaron elaborar mapas de todas las calles, numeraron las casas y levantaron censos de inmunes y no inmunes. Los agentes sanitarios visitaban casa por casa a los habitantes no inmunes, y aislaban –en hospitales militares o civiles, en casas de salud o, en su defecto, en cualquier cuarto destinado para ese propósito – a todos aquellos que tenían fiebre [...] para lo cual les tomaban la temperatura todos los días. [...] Funcionó también un servicio sanitario en las calles, lugares públicos, edificios de Estado y del municipio, basureros, rastros y alrededores de la ciudad, del que se encargó directamente el Consejo Superior de Salubridad. Dicho servicio desecaba pantanos o los cubría con una capa de petróleo, arrojaba cal viva en polvo a las orillas de los charcos [...] Para desinfectar las habitaciones los agentes sanitarios cerraban las ventanas, y colocaban en el centro de la pieza un brasenillo con lumbre, encima de él un comal, y sobre éste el azufre que se había de quemar rodeado de aguardiente. Al cabo de dos horas se abría la puerta para que fuera saliendo el producto de la combustión del azufre hasta que el aire se renovaba completamente."¹⁵

La preocupación por la higiene otorgó a los médicos un papel protagónico en el marco del proyecto modernizante del régimen porfiriano; se requirió del título universitario otorgado por la Facultad de Medicina como forma de reconocimiento, se crearon asociaciones médicas y científicas y se incentivó la organización y la participación de este grupo profesional en congresos

¹⁵ Ana María Carrillo, "Guerra de exterminio al 'Fantasma de las Costas'. La primera campaña contra la fiebre amarilla en México, 1903-1911", en Claudia Agostoni, *Curar, sanar y educar...op. cit.*, pp. 236-237. Llama la atención esta manera de hacer frente a la epidemia por su semejanza a la narración realizada por Michel Foucault en *Vigilar y Castigar* sobre las medidas que adoptaban las ciudades europeas frente a la peste a fines del siglo XVII y que el autor considera como técnicas de control y vigilancia específicas de lo que denomina "Sociedades Disciplinarias". Cfr. Michel Foucault, *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*, México, Siglo XXI, pp. 199-203.

nacionales e internacionales. De esta manera se legitimaba el trabajo y los intereses comunes de estos profesionales de la salud.¹⁶

Por otro lado, existe también una fuerte preocupación por ordenar y reglamentar la prostitución considerada como causa evidente de contagio de sífilis y enfermedades venéreas, que se hacían aún más peligrosas por el hecho de ser consideradas transmisibles por herencia. Desde fines del siglo XIX se produce un fuerte debate que divide a los médicos entre los proclives a su erradicación total y los que consideraban a la prostitución como un mal necesario para el "mantenimiento de la familia" y como un "seguro eficaz para la mujer casta", y para ello proponen un cierto control y reglamentación capaz de atemperar sus efectos nocivos para la salud. La prostitución se encadena sin dificultad con la pobreza, el vicio y la miseria.¹⁷

La fase armada de la Revolución impone un *impasse*; la tarea de "disciplinamiento" de los sujetos iniciada durante el Porfiriato, aunada a los intentos de imponer un ejercicio de poder bio-político centrado en la población en su conjunto y en la construcción de una "identidad nacional", es retomado con fuerza a partir de los años veinte, en pleno período post-revolucionario. En este momento, el campesinado se convierte en el objeto privilegiado de la

¹⁶ Cfr. Claudia Agostini, "Práctica médica en la ciudad de México durante el Porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad", en Laura Cházaro (Editora). *Medicina, Ciencia y Sociedad en México...op. cit.*, p. 165. Algunos de los Congresos médicos e higiénicos durante el porfiriato fueron: Primer Congreso Médico, 1876; Congreso de Higiene e Intereses Profesionales, 1878; Congreso Higiénico Pedagógico, 1882; Congreso Nacional de Higiene, 1883; XX Reunión de la Asociación Americana de Salubridad Pública, 1892; Conferencia Internacional Americana, 1901; Tercera Conferencia Sanitaria Internacional del Continente Americano, 1907; Congreso Médico y Exposición Popular de Higiene, 1910. (citado por la autora, cita 22, p. 170)

¹⁷ "En México, como en todas las grandes ciudades, existe una base popular de gentes ínfimas, andrajosas, asiduas a los cabarets, de casas de juegos y de todos los lugares de mala reputación, y esa gente ejerce la prostitución más desvergonzada. Las mujeres, sobre todo las empleadas domésticas, ebrias, despeinadas y sucias pasean su fealdad en este medio [...] No hay que soñar que estas mujeres pueden ser sometidas a cualquier medida represiva. Ellas rondan los cuarteles y propagan el contagio en el ejército, enganchan a los obreros, los mendigos y los descalzos; ellas manchan y ensucian todo". Ponencia del Dr. Porfirio Parra en la 1ª Conferencia Internacional sobre la profilaxis de la sífilis y enfermedades venéreas realizada en Bruselas en 1899, citado por Rosalina Estrada Urroz, "Medicina y Moral: Las enfermedades venéreas durante el Porfiriato", en Laura Cházaro (ed.), *Medicina, ...op.cit.*, p. 248-249.

educación higiénica, la salud se instituye en parte esencial de la identidad nacional y en el camino imprescindible para el logro de la ciudadanía.

La política sanitaria toma un rumbo claro en este decenio. Los sujetos enfermos ya no serán objeto de riguroso aislamiento a fin de evitar el contagio, sino que las políticas sanitarias se dirigen muy especialmente a los sujetos sanos que podrían encontrarse en situación de riesgo. Comienza, entonces, a desarrollarse una política de carácter preventivo, organizándose el quehacer en relación con la noción de riesgo.¹⁸

Para ello, se implementan programas preventivos capaces de detectar la susceptibilidad de la población hacia ciertas enfermedades y se realizan campañas de vacunación obligatorias que encontrarán, a su vez, espacios de resistencias¹⁹. Los ejes fundamentales de intervención sanitaria y educativa se centran en los problemas referidos a la maternidad, la sexualidad y la infancia. Estas políticas de gobierno se sustentan en los nuevos conocimientos científicos logrados en el campo de la genética, la psicología y la bacteriología y, sin duda, en las nociones eugenésicas que se habían puesto en boga en Europa durante la segunda mitad del siglo XIX y que encontraron en el México post-revolucionario un suelo propicio de emergencia y desarrollo.

La Secretaría de Educación Pública cumplió también una tarea de fundamental importancia, ya que llevó a cabo el proceso de educación de las poblaciones en cuestiones referentes a la higiene y a la salud. El nuevo Código Sanitario, promulgado en 1926 y que sustituía al de 1903 de la época porfiriana, buscaba determinar con precisión los sectores sociales que representaban un riesgo para la salud del conjunto de la población, a fin de intervenir en dichos

¹⁸ Cfr. Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris. Gallimard-Seuil, pp. 61-66. El surgimiento de la noción de “riesgo” y la secuencia: “caso. riesgo. peligrosidad. crisis” indica, para este autor, la existencia de otros mecanismos de poder que los ejercidos en las sociedades disciplinarias y hacen evidentes la utilización de mecanismos de seguridad característicos de un poder bio-político que centra su hacer no en el cuerpo individualizado de los sujetos, sino en los procesos biológicos de las poblaciones que se constituyen en sujeto y objeto de intervención.

¹⁹ Cfr. Claudia Agostini, “Historia de un escándalo. Campañas y resistencias contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-27”, en Claudia Agostini, *Curar, sanar y educar... op. cit.*, pp. 287-311.

sectores con rapidez, supeditando el derecho individual a un derecho colectivo basado en el interés de la nación, al tiempo que organizaba “una vasta política de persuasión [y] de preparación educativa de las clases populares”. El objetivo era “obtener la aceptación voluntaria” y “aplicar sanciones reglamentarias en caso de desobediencia”.²⁰

Las medidas tendientes a “normar” y disciplinar los cuerpos, se dan conjuntamente con las técnicas de “normalización”²¹ dirigidas a las poblaciones, todo ello en las últimas décadas del porfiriato, continuadas y reforzadas por los gobiernos post-revolucionarios. Medidas centradas fundamentalmente en la educación y la higiene de los diferentes grupos y sectores sociales, muy especialmente los niños y las poblaciones indígenas.

En 1896 se crea la Dirección General de Instrucción Primaria; en 1898 se pone en funcionamiento el Primer Reglamento de Higiene Escolar e Inspección Médica y en 1908 se funda el Departamento de Antropometría Escolar, con el fin de coleccionar información para determinar los promedios normales de desarrollo de los niños de escuelas urbanas²².

²⁰ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 2, 1927, p.231. “Nos damos perfecta cuenta de que es mejor educar para que cada quien se prevenga, que obligar a todos a que lo hagan. No descuidamos la propaganda a este respecto, pero en vista de nuestra incultura [...] [y] por los trastornos inmediatos que estamos sufriendo [para] conseguir el convencimiento en un plazo muy breve, tenemos que recurrir a ejercer una cierta presión sobre la voluntad [para] colaborar en la resolución de los problemas”, citado por Claudia Agostoni, “Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927”, en Claudia Agostoni, *Curar, sanar y educar....op. cit.*, pp. 293-294.

²¹ *Cfr.* Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population...op. cit.*, Leçon du 25 janvier 1978, pp. 57-89. El autor plantea aquí las distancias entre el ejercicio de un poder disciplinario, tendiente a “normar” a los sujetos conforme a un modelo “ideal” que se instaura en norma a seguir, y el ejercicio de un poder de control centrado en mecanismos de seguridad que buscan “normalizar” a las poblaciones. Las “políticas de normalización” parten del señalamiento de lo ya considerado como normal y anormal y la operación de normalización consiste en conocer, por medio de técnicas estadísticas, las distribuciones de la “norma” en poblaciones dadas. Estas distribuciones pasarán a constituir la nueva “norma” de esa sociedad a fin de intervenir, de manera inmediata, cuando dichas distribuciones reales se vuelven, por así decirlo, menos normales. Las sociedades disciplinarias “norman”, en tanto que las sociedades de control “normalizan”. “Lo normal es lo primero y la norma se deduce de él, o se fija y cumple su papel operativo a partir del estudio de las normalidades”, p.65

²² En su tratado sobre “higiene escolar” (1910), el Dr. José de Jesús González, inspector ocular en León, dedica un capítulo sobre la manera de identificar y clasificar los niños con atraso mental, creía que “la psicometría ayudaría a defender a la sociedad en general de la degeneración y la

Durante la etapa armada, las sociedades médicas y académicas continúan reuniéndose, discutiendo sobre la necesidad de implementar políticas sanitarias, de higiene, necesidad de aplicación de tests, organización y elaboración de estadísticas. Los niños anormales surgen como preocupación, miles de ellos pasan desapercibidos para padres y maestros, requieren ser diagnosticados y ubicados según las escalas elaboradas en Francia por Binet, no para abandonarles "sino ante lo contrario, fijar la atención en ellos para hacerlos perfectibles" por medio de una educación especial²³, al tiempo que solicitan estadísticas más elaboradas a fin de poder detectar las correlaciones entre retraso mental y grupos étnicos, al igual que aquellas que podrían surgir en relación a los diferentes sexos.

El período post-revolucionario mantiene y continúa estas medidas de gobierno, de tal manera que, en 1918, se decreta la "Dictadura Sanitaria" para luchar contra las enfermedades venéreas, el alcoholismo y la prostitución; surgen reglamentos, códigos sanitarios, se publican manuales de higiene dirigidos a la madre mexicana; se aplican pruebas de inteligencia a estudiantes de la ciudad de México y a algunos campesinos para medir el nivel de atraso mental; se instituye el servicio de propaganda y educación higiénica en la Secretaría de Salud; se crean brigadas de sanidad para visitar mujeres embarazadas y otorgarles los conocimientos mínimos de higiene y pediatría. La educación y la salud fueron consideradas medidas imprescindibles de gobierno.

Toda la década de los años veinte se caracteriza por una fuerte intervención de carácter médico y clínico, regida por las ideas degeneracionistas y eugenésicas que habían llegado de Europa, especialmente de Francia, a fines

contaminación de los elementos anormales y así reforzaría una verdadera campaña de protección social, de profilaxis contra la prostitución y el crimen", citado por Alexandra Stern, "Madres conscientes y niños anormales", en Laura Cházaro, *Medicina, ciencia y soc....op.cit.*, p.319.

²³ Dr. Enrique Aragón, "Psiquiatría. Los retrasados mentales", Acta Num. 18. Sesión del 31 de enero de 1912, en *Gaceta Médica de México*. t. VII, 3ª serie, nº 9, septiembre 1912, México, pp. 537/549. "Busquemos continuamente, busquemos y sigamos buscando en todo individuo, en todo grupo de colectivismos, en toda secta, casta y clase y aún en todo pueblo o nación, para así sorprender en la infancia el retardo, hacerlo perfectible y entrar de lleno en la intelectualidad completa que con el sentimiento y la acción, podrán asegurar la inmortalidad de principios y la supervivencia de ideales", p. 549.

del siglo XIX y principio del siglo XX; todas ellas buscaban la re-configuración de la sociedad y, en especial, de la familia, y para ello enfatizaron “el papel del Estado y de las agencias filantrópicas para asegurar que las características o los ‘genes indeseables’ no fuesen adquiridos o, si ya existían, fuesen reformados en la mayor medida de lo posible”²⁴

Desde mediados del siglo XIX, se elabora en el país, que va tomando la forma de nación, una serie de medidas de “gobierno”²⁵ centradas en la construcción y conformación de la “población mexicana”. El proceso no fue fácil, ya que para construir las imágenes y representaciones de esa población fue necesario no sólo contabilizarla y describirla en sus peculiaridades y diferencias, sino esforzarse en producir cálculos predictivos, lo que permitiría producir no sólo diagnósticos sino, muy especialmente, pronósticos.

Lentamente la estadística, como disciplina y técnica científica, se fue convirtiendo en “instrumento pedagógico” de la Nación, con ella se podría ofrecer una imagen certera del país, y al ser utilizada como técnica de gobierno permitiría un mejor y más pormenorizado control de las poblaciones. La estadística se instituyó en medio idóneo en el cual basar y justificar las formas de administración de la Nación en su conjunto y de control minucioso de la población mexicana²⁶

²⁴ Alexandra Stern, “Madres conscientes...” *op. cit.*, p. 298. La autora elabora en este artículo la tesis que este tipo de políticas de gobierno apoyadas por las sociedades médico-cívicas contribuyeron a una re-conceptualización del niño y de la madre mexicanos; les dio acceso directo a la mente y al cuerpo de la mujer y promovió, lo que la autora denomina, “la nacionalización de la mujer” como parte del proyecto de reconstrucción de los mexicanos post-revolucionarios. “(...) significó que el hogar se convirtiera en uno de los sitios principales de injerencia del gobierno, mediante la introducción de una serie de códigos normativos y de comportamiento diseñados para producir nuevos tipos de ciudadanos y sujetos nacionales”, p. 304. Sobre esta cuestión *cfr.* Beatriz Urías Horcasitas, *Historias Secretas...op.cit.*, Segunda Parte, cap. I “Regeneración racial y eugenesia en México”, pp. 103-123.

²⁵ La noción de “gobernabilidad” utilizada en este trabajo se separa del sentido dado a ella por las ciencias políticas y responde a la noción acuñada por M. Foucault, quien entiende por tal: “el conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque compleja, de poder que tiene por objetivo principal la población, por forma mayor de saber la economía política, por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad”, dando lugar a un tipo de poder que puede denominarse “gobierno”. *Cfr. Sécurité, Territoire, Popul...op. cit.*, pp. 111-112.

²⁶ *Cfr.* Laura Cházaro, “Imágenes de la población mexicana: descripciones, frecuencias y cálculos estadísticos”, en *Revista Relaciones* #88, Otoño 2001, Vol. XXII, Colegio de Michoacán.

Por otro lado, hacía posible la detección de nuevas leyes sociales, ahora estadísticas, basadas en la observación de la sociedad; nuevas leyes estadísticas que comenzaron a convivir con la ley jurídica, con la regla social impuesta para “todos”. Esto provoca un cierto torcimiento: la ley jurídica, que se proclamaba igualitaria para todos los mexicanos sin distinción, se volvía ficticia frente a las leyes estadísticas que mostraban sin reparo alguno las diferencias étnicas y las múltiples prácticas políticas, religiosas y sociales de los diferentes grupos que integraban la Nación. Las leyes estadísticas negaban la igualdad proclamada jurídicamente y delineaban regularidades diferenciadas.

En búsqueda de una estandarización de la población, las leyes estadísticas se transformaron con rapidez en normas políticas destinadas a intervenir en el ámbito social hacia el logro de la construcción nacional. “Por eso, las enumeraciones estadísticas como los cálculos estuvieron constantemente en debate: de lo que se medía derivaban valores e imágenes de la población distintas. Para crear una sola nación había que discutir cuál de todas las posibilidades era la mejor”²⁷

Construir la norma, determinar las características que debe asumir exige de la producción de estadísticas. Es así que la estadística cumple en México, desde fines del siglo XIX, una doble función: por un lado, gentes y cosas son forzadas a entrar en el orden de lo contable lo que delinearé un paisaje caótico (diversidad de formas, explosión de diferencias), alejado del que presentan “las naciones civilizadas” y; por el otro, produce secuencias afectadas por los modelos ya existentes de lo normal y lo patológico elaborados por la disciplina médica; series de secuencias que inclinan la balanza hacia lo patológico. De

México. Excelente y sugestivo trabajo en el cual se muestra la manera en que, desde el uso de la estadística, se constituye la ‘población mexicana’, al mismo tiempo que se la define, se la calcula y se la valoriza. “El saber estadístico debía penetrar la complejidad social. Lo social, en esta perspectiva, suponía investigar las regularidades que arrojaba el conjunto, no a los individuos. Ahí los promedios estadísticos se volvían herramienta indispensable para determinar las leyes ‘invisibles’ del conjunto social y obviar la azarosa voluntad individual”, p. 44. Por otro lado, “Las estadísticas del porfiriato con sus conteos y cálculos fueron una vía identificatoria que tradujeron esas metáforas médicas [lo normal/lo patológico] en medidas objetivas de la población”, p. 47.

²⁷ Laura Cházaro, “Medir y valorar los cuerpos de una nación: un ensayo sobre la estadística médica del siglo XIX”. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, México, 2000, p. 57.

esta manera, construirán una nueva norma, que acogiendo el caos producirá como modelo “una normalidad menos anormal”, por así decirlo, norma local inscrita en el rango de lo más aceptable arrojado por las series secuenciales producidas.

Paradoja inherente de la “ciudadanía”. Primero hay que producir discursivamente la diferencia para poder imaginar el horizonte universal de la igualdad. Es así que se elaboran modelos de normalidad atravesados por la perspectiva abierta por la medicina y al mismo tiempo que se analizan las poblaciones, se las estudia, se las mide y compara en la búsqueda de una normalidad “real”, “posible” y “aceptable” para estas tierras. A medida que avanza el siglo XX, las series se fueron haciendo más elaboradas y complejas, aparecieron nuevas categorías, al tiempo que se identificaron constantes, regularidades y deficiencias. Además de las categorías étnicas, “las estadísticas exploraron la distribución de la población por ‘sexos’, según los crímenes cometidos, las enfermedades padecidas y la mortalidad. Todas esas jerarquías remitían al análisis de lo social y de ellas se esperaba obtener alguna sentencia para mejorarla.”²⁸

Para ello la intervención es una exigencia de gobierno. Será necesario lograr injerencia en los comportamientos de individuos, familias y grupos, buscando construir un modelo que asuma las características de “lo local”, “lo propio”, “lo vernáculo”, sobre el cual habrá que incidir y, en cuanto posible, modificar por la vía regia de la educación y las medidas de higiene.

Interesante proceso que hace posible fijar las características de “lo normal” y de “lo patológico” a partir de ciertas caracterizaciones valorativas que delinearon sin dificultad la imagen mismo de “lo mexicano” y lo “nacional”, atravesada por profundas debilidades y vicios, “según los prontos diagnósticos negativos elaborados para la población como un todo”, que contribuyeron a configurar los grandes “mitos nacionales” que se sostienen, sin demasiadas alteraciones, hasta hoy.

²⁸ *Ibidem*, p. 75.

El perito médico-legal

Un nuevo personaje se vislumbra en la escena socio-política al establecerse las inevitables relaciones entre locura y criminalidad²⁹: ¿Quién es competente para determinar y fallar sobre la responsabilidad de los actos? ¿El jurista? ¿el médico? ¿Qué distancia media entre el crimen y la locura? ¿El loco es en sí mismo un criminal? ¿En todo acto criminal late la locura? ¿Es la locura una enfermedad? ¿El cerebro rige la vida anímica? ¿uno es resultado fatal del otro? ¿el cerebro es el efecto de la vida anímica? ¿los seres están sometidos a un pensamiento determinista a pesar de la repugnancia que esto produce a alguno de los médicos? ¿qué papel juega el libre albedrío? ¿y la herencia...? ¿se puede simular la locura? ¿se la puede disimular? ¿son los alcohólicos enfermos mentales, irresponsables? ¿han de tener capacidad civil los afásicos? ¿cuál es la relación que guardan entre sí el pensamiento y el lenguaje? ¿el enfermo mental es un sujeto peligroso al igual que el criminal? ¿el epiléptico es un demente, un enfermo mental, un sujeto peligroso? ¿quién ha de decidir la internación de estos sujetos enfermos? ¿se requiere el pedido expreso de la familia? ¿es necesario que esta demanda familiar sea avalada por un profesional médico? ¿es necesaria la orden expresa de una autoridad competente? ¿por decisión unilateral del médico? ¿cuestión de medicina legal o de policía médica?... La legislación es deficiente al respecto, se requieren nuevas leyes, códigos y reglamentaciones que "protegiendo los preciosos derechos de la libertad, el respeto debido á las familias y las garantías sociales, de acuerdo con la ciencia y la justicia viniese á llenar el vacío tan lamentable"³⁰

Las preguntas se multiplican, los argumentos se dispersan, se enfrentan y suceden; se echa mano a la historia, a la filosofía, a la antropología criminal, a la

²⁹ Cfr. Michel Foucault, *Les Anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Gallimard-Le Seuil, pp. 3-50.

³⁰ Cfr. J. M. Bandera, "Los locos dañosos", en *La Gaceta Médica de México*, Vol. 26 #7 (1891), pp. 133-136.

psicología, al derecho y a la jurisprudencia propia y ajena³¹, a los teóricos de aquí y de allá. Se publican textos y artículos de Lombroso a José Ingenieros³²; se discuten y reflexionan legislaciones de otros pueblos; por vía de la cita se hacen conocidos los grandes psiquiatras franceses, ingleses, alemanes e italianos; relatan uno y otro y otro caso de pacientes reclusos en los hospitales, de peritajes médicos realizados; se hace palpable la angustia y el goce del médico al hacer conciente que en sus manos, en su saber se encuentra la libertad o el encierro de los individuos, que su diagnóstico se vuelve dictamen y el dictamen se transforma en elemento de juicio, y por ello, el médico requiere, para dar valor de verdad a su palabra, de clasificaciones claras, sin dudas ni ambigüedades... La lengua se desata: los médicos se ponen a hablar, argumentan, prescriben, construyen su decir, buscan febrilmente elaborar un discurso³³.

La discusión se centra alrededor de la cuestión que se le plantea al médico, al ejercer funciones de perito-legal, en relación con la toma de decisión sobre la responsabilidad o irresponsabilidad por actos reprobados por la ley bajo situación de enajenación, sea permanente o pasajera; al mismo tiempo que ha de aguzar su mirada a fin de no ser engañado por criminales que simulan locura, que buscan por esta vía escapar al castigo. ¿Cómo detectar una locura pretextada³⁴, una simulación? Esto aparece como una de las cuestiones más

³¹ Cfr. Dr. A. Foville, "Revista Extranjera. Los enajenados en los Estados Unidos del Norte. Legislación y Asistencia". (Extracto tomado de los Anales de Higiene pública y Medicina legal y traducido por el alumno de quinto año de medicina D. J. Sánchez), en *La Gaceta Médica de México*, Vol. 10 #13, 14, 15, 18, 22 y 24 (1875) y Vol. 11 # 3, 4, y 6 (1876).

³² Cfr. José Ingenieros (sic), "Las bases del Derecho Penal. Inducciones fundadas en la Psiquiatría", en *La Escuela de Medicina*, t. XXV, #8 (1910), pp.231-237 y #10 (1910), pp.180-185.

³³ Frida Gorbach hace referencia a la efervescencia de las últimas décadas del siglo XIX en que los médicos mexicanos se interesaron febrilmente por innumerables temas y proliferaron, a su vez, revistas médicas científicas: "Hojeándolas da la impresión de que casi todos los médicos, tanto viejos como jóvenes, tenían prisa por conocer aquello que en Europa se estaba produciendo. Es como si quisieran recuperar en un santiamén el tiempo perdido (...)", en "El encuentro de un monstruo y una histérica. Una imagen para México en los finales del siglo XIX", *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*, Debates, 2006 [en línea] Puesto en línea el 18- 12- 2006. URL: <http://nuevomundo.revues.org/index3123html>, p. 1.

³⁴ Cfr. Manuel Alfaro, "Locura Pretextada". en *La Independencia Médica*, t. 1 #18, (1880), pp.152-155.

difíciles a las que el médico debe enfrentarse y, al mismo tiempo, asume carácter de desafío.

Sólo podrá hacer frente a la simulación con un “ojo médico”, propio de los excelentes clínicos, ojo adiestrado en la observación y acompañado por el saber, diestro en el arte de preguntar, de tender lazos, de poner trampas para descubrir al falso loco o bien para sacar a la luz, en el criminal, cierta rara monomanía, cierta lesión en algún punto de su cerebro que lo inclina a matar, estuprar o robar.³⁵

Era práctica común que los abogados defensores utilizaran como argumento la irresponsabilidad moral por enajenación de su defendido, por lo cual, el crimen se volvía una aberración provocada por alguna lesión o defecto; de esta manera el crimen desaparece tras la noción de enfermedad, con lo cual se atenta contra la recta justicia - dirán algunos de estos médicos.

La función de pericia médica-legal exige minuciosidad y cuidados al emitir el juicio; gran responsabilidad, ya que ese juicio contribuye a decidir sobre la libertad o el encarcelamiento de un presunto criminal, “cuanto que éste dictamen se emite bajo el concepto de que si no es la sentencia, si es con toda certeza uno de los mayores fundamentos de ella”³⁶

El médico se enfrenta, entonces, con un problema moral de gran seriedad, su juicio puede permitir que se deje sin castigo a un criminal; o bien, castigar con la prisión a un demente irresponsable, negándole la posibilidad de acceder a “los cuidados que le brinda la ciencia”. Por otro lado, el tiempo también juega, su dictamen tendrá efectividad no sólo en ese momento sino que sus efectos serán duraderos; por todo ello, los médicos intentan desarrollar una manera justa que dirija y conduzca esta tarea de “grandísima responsabilidad”.

El perito, al realizar su dictamen, debe tener siempre presente un conjunto de saberes y conocimientos: de patología y fisiología, de frenología y también de

³⁵ Cfr. José Olvera. “Medicina Legal. Examen de los reos presuntos de locura. Los peritos médico-legales están muchas veces en peligro de apasionarse ó de preocuparse”, en *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina de México*, Vol. 24 #3. (enero-dic.1889), pp. 33-44.

³⁶ *Ibidem*, p.34.

psicología; realizar una observación concienzuda de cada caso en particular y alejar de sí, en esa tarea, todo apasionamiento o preocupación que lo conduzca a buscar y encontrar una causal de un hecho reprobado, sea en una lesión patológica o en un defecto teratológico del cerebro; al tiempo que debe alejar toda simpatía por el reo que pudiese regir su dictamen violando la regla de imparcialidad, propia de toda observación. El médico, en su relación con el paciente, generalmente se vuelve benevolente y tiende a admitir, aún fisiológicamente, un dominio de lo físico sobre lo moral.

La discusión se abre de manera casi inmediata. La observación del médico ha de centrarse ¿sólo en la observación del cerebro y de su mal funcionamiento, negando, por lo tanto, la existencia del alma?, o bien ¿habrá que llevar la observación a esa otra presencia, a la existencia del alma, del espíritu? La discusión se hace teológica, se discute sobre la existencia o no del alma, del espíritu; sobre la manera de relacionarse cuerpo y espíritu, cuál es causa, cuál efecto, o bien si son concomitantes...

En la mayoría de estos decires médicos se hace evidente una lucha apasionada contra ciertas tendencias del pensamiento y de la medicina que, según alguno de estos médicos, olvidan el alma y niegan el espíritu. "Pensar de esta manera y en la ocasión de juzgar á un hombre y no á un perro rabioso, es aceptar la degradación de la humanidad; y si nó que lo diga Darwin, maestro de esta clase de peritos médico-legales"³⁷

El alma existe –para el Dr. José Olvera-, es la que caracteriza la racionalidad y la que establece la distinción entre hombres y animales; la conciencia del yo es la sensación interna de la presencia del espíritu, de allí la necesidad de conocer psicología y frenopatía a fin de distinguir si ha existido una acción intencionalmente deliberada o bien un defecto de funcionamiento orgánico.

Ciertos especialistas –continúa el argumento de la presencia del alma- han intentado encontrar una total semejanza entre la criminalidad y la enfermedad, con lo cual buscan borrar la presencia del alma y dejar sin responsabilidad los crímenes; perdida esta responsabilidad, ella misma deja de tener efecto, es

³⁷ *Ibidem*, p.36.

inexistente no sólo en los actos criminales sino también en los heroicos. Por esta vía, se sofoca la conciencia y se nulifica el castigo.

Lo único que el perito debe tener en cuenta es si existen razones orgánicas que atenúen la culpa y la responsabilidad, como en el caso de la monomanía ya que hace delinquir a los enfermos, en ellos hay cierta desvergüenza, cierta franqueza en la cual el perito debe centrar su sospecha, aunque hay casos en que la ciencia no puede aún discernir si son enfermos o malvados.

Se requiere también, para ejercer con eficacia y bien la tarea de perito, conocer la historia filosófica de la criminalidad, adentrarse en los crímenes célebres que conmocionaron al mundo, en el estudio de la criminalidad en diferentes épocas, en especial la contemporánea y así, el perito llegará a la convicción –según el Dr. Olvera-, que “la gran mayoría de los que cometen crímenes atroces, son malvados y no defectuosos por enfermedad o conformación”.³⁸

Existe la preocupación, en algunos de esos médicos que escriben febrilmente en la época, de discutir y dejar sin valor los conceptos de una nueva ciencia que ha venido delineándose en Europa, la “Antropología Criminal”, cuyos mayores exponentes son Lombroso en Italia y Havelock en Inglaterra. Para Lombroso – dirán- el criminal, en definitiva, es un loco moral y, por lo tanto, no debe ser castigado como responsable de sus actos, sino considerado y tratado como un enfermo³⁹.

Sin embargo, no debe dejarse de lado la consideración de la educación, las costumbres, las preocupaciones generales o particulares de un tiempo o de una nación como causas importantes en la ejecución de acciones malvadas, dado

³⁸ *Ibidem*, p.39. Cfr. José Olvera, “Asilo-prisión para ‘enajenados criminales’ y reos presuntos de locura. Necesidad urgente de su creación”. en *La Gaceta Médica de México*. Vol. 26 #9 (1891), pp. 163-169.

³⁹ La Revista *Medicina Científica* realiza traducciones del inglés de John Baker quien discute la posición de Lombroso. La cuestión preocupa y ocupa a los médicos, en 1910 la Revista *La Escuela de Medicina* transcribe artículos de José Ingenieros, profesor de la Universidad de Buenos Aires y Director del Instituto de Criminología en que se analizan las teorías en boga alrededor de la responsabilidad penal y civil y sobre las relaciones entre el derecho penal y la psiquiatría. Para el Dr. Ingenieros “ese privilegio que crea la locura ante la ley penal vigente, es absurdo y nocivo”. Cfr. Revista *Medicina Científica*, t. VI #3, 1893 y *La Escuela de Medicina*, t. XXV # 8 y 10, 1910.

que los crímenes son como ciertas enfermedades: esporádicos, endémicos o epidémicos.

Le corresponde también a los médicos peritos determinar principios que permitan discernir “qué clase de enajenados pueden dejarse libres sin perjuicio del orden público, de la seguridad personal ó de la vida del mismo enfermo”⁴⁰

La noción de responsabilidad es objeto de reflexión y discusión ¿Qué se entiende por responsabilidad? Si se observan las legislaciones que rigen a “los pueblos civilizados”, el hombre sano de espíritu es considerado responsable y está obligado a responder por todos los actos delictuosos que comete, responsabilidad que implica el principio de la libertad moral⁴¹, responsabilidad que supone, por un lado, libertad de discernimiento, de elegir entre lo bueno y lo malo, entre lo útil y lo nocivo, entre lo legal y lo ilegal; y, por el otro, libertad de decisión. Al mismo tiempo, esas mismas legislaciones declaran irresponsables a los enajenados.

Si bien se admite la irresponsabilidad del enajenado, el problema surge en la práctica, dada la imposibilidad de aplicar este criterio en todos los casos y para todos, cualquiera fuese la forma en que se presente la enfermedad. No hay decisiones claras sobre este punto crucial en la práctica médico-legal y no encuentran, en la bibliografía existente, más que contradicciones y opiniones enfrentadas de estudiosos sobre el tema, tales como Falret quien considera que todo enajenado es irresponsable, sin importar la forma que haya tomado su locura ni el grado en que se encuentre la misma. No se admiten, tampoco, situaciones intermedias, como el caso de irresponsabilidad parcial teorizada por Legrand de Saulle, quien considera responsables a los enajenados en períodos de remisión o de convalecencia, al tiempo que puede discutirse si la responsabilidad es completa o incompleta en casos de afasia, epilepsia, histeria, alcoholismo y debilidad congénita. La situación no es clara, no existen criterios

⁴⁰ J. M. Bandera, “Los locos dañosos”, *op. cit.*, p. 133.

⁴¹ A. Calderón “Consideraciones generales sobre responsabilidad penal en los enajenados”, en *La Gaceta Médica de México*, Vol.9, #1, enero-dic. 1914, pp. 26-30.

uniformes que los médicos buscan y demandan insistentemente, lo cual posibilitaría el juicio claro e imparcial del perito⁴².

El problema se presenta ya que entre “los sanos de espíritu”, completamente responsables de un lado y los enajenados del otro, enteramente irresponsables, se abre una zona fronteriza poblada por individuos en que su responsabilidad no es completa, pero tampoco pueden ser considerados absolutamente irresponsables, lo que podría resolverse si se sancionara legalmente la existencia de un tipo intermedio de responsabilidad: la atenuada. Esta figura médica-legal intermedia, que facilitaría el juicio del perito, no es aceptada por los códigos penales vigentes, salvo en el caso de lo que se da en llamar “embriaguez incompleta”, que carece a su vez de claridad y que hace muy difícil discernir cuándo un alcohólico se halla en un estado de embriaguez completo o bien incompleto.

Problema grave con que se enfrenta el perito médico-legal, ya que debe tener presente siempre dos cuerpos doctrinales diferenciados: “la responsabilidad que le corresponde a un procesado ante nuestra convicción científica y aquélla que le resulta ante el Código Penal”⁴³

Se hace claro que la legislación vigente es deficiente en la materia, de ahí que aparece como necesario y urgente llenar sus vacíos, “uniformar por completo el criterio sobre la responsabilidad penal de cualquier individuo que en el momento de verificar un acto más o menos delictuoso presenta una perturbación mental”⁴⁴.

Pareciera que lo que habría de guiar el criterio médico era determinar no la irresponsabilidad del enajenado sino una responsabilidad atenuada, pero lo que debe privar, por encima de toda consideración, es no perder de vista su carácter de peligrosidad. En principio, todos los enajenados son considerados peligrosos: peligrosos para sí mismos dado que pueden atentar contra su vida o

⁴² *Ibidem*, p. 28. Estas cuestiones continúan preocupando a los médicos en la década de los veinte. Cfr. (1924) Oneto Barenque, Gregorio, *Un loco, un anómalo, ¿Puede ser un responsable?*, Tesis para obtener el grado de médico cirujano, Escuela Nacional de Medicina (Tesis E. N. de M.), México.

⁴³ A. Calderón, “Consideraciones...”, *op. cit.*, p.29.

⁴⁴ *Ibidem*, p.30

comprometer su fortuna; peligrosos para los otros ya que pueden atentar contra el pudor, la vida y los bienes de otros. Peligroso para la sociedad que se transforma en víctima, ya que el enajenado por sus actos, sus escritos o su palabra puede alterar el orden público.

Se abre, entonces, la discusión sobre su aislamiento o en qué casos pueden quedar en libertad bajo la tutela y vigilancia de la familia: en las formas intermitentes de locura, en las de doble forma y en las formas remitentes pueden quedar en libertad, ya que hay épocas en que la demencia no se presenta; familia y facultativos han de estar atentos a los momentos de acceso, previendo su reaparición, ya que las “crisis ofrecen de ordinario un carácter tal de violencia é instantaneidad que traen consigo accidentes terribles para el enfermo y para las personas que los rodean”⁴⁵, como es el caso de los locos epilépticos.

La lista continúa y se amplía. En cuanto peligrosos han de ser internados: los maníacos simples; los que presentan formas depresivas en que las alucinaciones tienen un papel preponderante; los melancólicos con tendencias suicidas; los que padecen de delirios de persecución en que, generalmente, el perseguido se convierte en perseguidor; los sufrientes de delirios parciales tales como aparecen en homicidas, incendiarios y cleptómanos; los que padecen de locura parálitica; los alcohólicos con *delirium tremens* y los crónicos; los afectados de dipsomanía; los idiotas, imbeciles y débiles de espíritu, ya que la mayoría de ellos tienen “impulsos instintivos de la peor clase, arrebatos genésicos que los hacen peligrosos exigiendo una vigilancia constante”. Sólo podrán ser dejados en libertad, y siempre bajo la vigilancia de la familia, los casos de melancolía con estupor que son enfermos “por decirlo así pasivos y no necesitan de cuidados especiales”.

¿Qué hacer en caso de duda, en que el diagnóstico no sea claro, en que no se sepa si es peligroso o no? Muy fácil, se aconseja aislarlo de la sociedad.⁴⁶

⁴⁵ J. M. Bandera, *op. cit.*, p.134.

⁴⁶ En un artículo sin autor de la Revista *La Escuela de Medicina* de 1903, titulado “¿Cuándo debe ser trasladado un loco á un manicomio?”, siguiendo la opinión del Dr. Mendel, mentalista alemán, se establece que deben ser reclusos los enfermos de delirio furioso, de psicosis curables, en especial los estados maníacos y la melancolía, las psicosis incurables en las que se observan

Sin embargo, se percibe que no tienen demasiado valor las consideraciones de carácter general, cada caso particular ha de estudiarse para determinar si deben o no ser separados de la sociedad.⁴⁷

En relación con la responsabilidad penal y civil de los enajenados, hay algunas manifestaciones que preocupan especialmente a los médicos de la época, sobre las cuales insisten y argumentan: el alcoholismo y la epilepsia, en tanto enfermedades que asumieron carácter social y afectaban a grandes números; si bien tampoco dejaron de lado algunas otras, muy especializadas, como la afasia, en tanto caso particular que exigía ser analizado cuidadosamente, dado que entrelazaba lenguaje y pensamiento, cuestión fundamental a discernir en relación con la responsabilidad jurídica.

Al mismo tiempo, se abre una fuerte e interesante discusión sobre el alcoholismo y la epilepsia ya que aparecen como problemas graves de orden social dada su fuerte incidencia, tanto en hombres como mujeres, en los últimos años del siglo XIX y los primeros del siglo XX; situación agravada por el hecho que consideraban, tanto a uno como a la otra, enfermedades hereditarias.

Según los registros encontrados en el Hospital del Divino Salvador y en el San Hipólito, elaborados conforme a técnicas estadísticas por Mariano Rivadeneyra⁴⁸, se observa que entre 1867 y 1886, de los 1.708 enfermos hombres que habían pasado por el Hospital San Hipólito, 633 fueron

tentativas de suicidio, negación a tomar alimentos y actos inmorales y se deben incluir también en este grupo a la parálisis general, el alcoholismo crónico, la demencia senil, la parálisis alucinatoria y la locura epiléptica. “Pero aun sin que se presenten dichos síntomas, puede ser necesaria la reclusión en el manicomio, cuando el loco no tiene en su casa la asistencia y vigilancia necesarias”. t. XVIII #9, 1903, pp.208-209.

⁴⁷ Los “casos” registrados en las revistas médicas son múltiples. Los peritos médicos-legales, de uno a otro caso, van construyendo la forma “correcta” de realizar su tarea. *Cfr.* entre otros: Rafael Caraza, “Informe que el médico cirujano del Hospital de San Hipólito que suscribe rinde sobre el estado mental de Marcelino Domingo”, en *Observador Médico*, t. V #3 (1879), pp.34-39: “Algo de Psiquiatría. Dictamen producido por el Dr. E. L. Abogado, con motivo del estudio de una señorita, habiendo presentado perturbaciones psíquicas de forma característica, para determinar su capacidad civil y las probabilidades de algún nuevo desequilibrio mental”, en *Crónica Médica Mexicana*, t. XI #9, (1906), pp. 230-239 y A. Sáenz de Santa María y José Castro López, “Importante estudio médico-legal. Irresponsabilidad por enajenación mental”, en *La Crónica Médica Mexicana*, t. IV #6, #7 y #8 (1901), pp. 133-40, 163-166 y 180-184.

⁴⁸ *Cfr.* (1887) Mariano Rivadeneyra, *Apuntes para la Estadística de la locura en México*. Tesis E. N. de M., México.

diagnosticados de alcoholismo crónico, 31 de alcoholismo agudo y 143 de manía alcohólica; en tanto que ascendían a 208 los enfermos de epilepsia en alguna de sus formas, que iban desde las más simples hasta la imbecilidad y el idiotismo. Por su parte, en el Hospital del Divino Salvador, para esos mismos años, de las 400 mujeres internadas, 102 habían sido diagnosticadas de epilepsia en alguna de sus formas, si bien disminuían considerablemente los diagnósticos de alcoholismo y manía alcohólica en términos comparativos con los varones del Hospital San Hipólito. Lo que sí aparece en toda su evidencia, tanto en hombres como mujeres, es el alcoholismo de alguno de los padres de los internos. El alcoholismo aparece como una de las causas hereditarias recurrentes de los diversos tipos de locura.

Los médicos perciben el alcoholismo como una plaga social que les preocupa y ocupa. Los discursos no se hacen esperar: "Es cosa bien conocida y que día a día se palpa cómo nuestro pueblo se entrega al alcohol, y el abuso que hace principalmente bajo la forma de pulque. Es una plaga que pesa y que como gangrena lo corroe. No sería exagerado se dijera que al formar a sus hijos, a casi todos los concibe y engendra o durante un período de embriaguez o como alcohólico antiguo" (...) "En México, propiamente dicho, hay pocos dipsómanos, y en cambio muchos alcohólicos crónicos"⁴⁹, con ello se quiere dejar claro que no se embriagan por obsesión o enfermedad sino cada vez que encuentran ocasión para ello. El alcoholismo aparece, entonces, estrechamente unido a la delincuencia, la criminalidad y la enajenación⁵⁰.

La campaña desatada contra el alcoholismo encuentra también sus detractores moderados, dado que conduce a exageraciones y excesos el hecho de olvidar que el alcoholizado es un enfermo de la inteligencia; al mismo tiempo, las leyes y códigos imperantes facilitaban prácticas atentatorias contra sus

⁴⁹ (1905) Enrique Aragón, *La enajenación mental en México, Conferencia en la Escuela Nacional de Medicina*, México.

⁵⁰ A. F. Victorio, Médico Mayor de Sanidad Militar, "Las psicosis alcohólicas" en *La Escuela de Medicina*, t. XXIV, (1909), pp. 516-519. "Los hospitales, los manicomios y los presidios se nutren principalmente de alcohólicos; psíquica y físicamente la actual generación es una generación débil, miserable, hallándose el alcoholismo á la cabeza de las causas que á ello contribuyen", p. 517.

personas, “basta, en multitud de casos, que el juez se convenza de que el acusado es un ebrio habitual, para que, sin investigación alguna, respecto á sus facultades mentales, aplique el estrecho criterio que la misma ley señala”⁵¹

Si bien los códigos declaran sin responsabilidad a la demencia, la vaguedad de esta palabra permite darle sentidos diferentes: los juristas entienden por demencia sólo los casos con delirios manifiestos, o bien a los idiotas o imbéciles; en tanto que los médicos suelen aplicar el término a un sinnúmero de individuos que presentan otro conjunto de síntomas. De esta manera los juristas consideran responsables a ciertos individuos que, tenidos por dementes por los médicos, habría que considerarlos irresponsables, como los alcohólicos crónicos.

El Código Penal de 1868 establecía como culpable a aquél que infringe una ley penal hallándose en estado de embriaguez completa, siempre y cuando posea el hábito de embriagarse. Si la embriaguez es completa pero no habitual será considerado irresponsable y liberado de culpa; al tiempo que se considera atenuante si la embriaguez es incompleta con carácter accidental y no voluntaria.

La argumentación se centra en relación a la imposibilidad de determinar grados de responsabilidad, ya que la ley no admite situaciones intermedias.

La crítica al código toma la forma de argumento lógico: si la embriaguez es completa indica, desde el punto de vista médico, que la intoxicación es total, por lo tanto el individuo se encuentra en estado comatoso; sin duda para el jurisconsulto el sentido ha de ser distinto, ya que en coma no es posible cometer delito alguno. En tanto que si la embriaguez es incompleta, “incompletamente funcionará el juicio”.⁵²

Los juristas buscan castigar la embriaguez por cuestiones de orden moral, en tanto vicio y no pudiendo disculparse de ninguna manera; vicio que veían extenderse día a día en el país; por lo tanto –argumentan- las leyes sólo

⁵¹ Juan Peón del Valle, “Los alcohólicos crónicos y nuestro código penal”, en *Gaceta Médica de México*, t. V. #8. (1905), p.91.

⁵² *Ibidem*, p.94.

contribuirían a extenderlo si se lo considerara atenuante del delito. Los juristas, de esta manera, castigan el alcoholismo por vicio y no por ser un acto delictivo.

Los médicos, por su parte, argumentarán que el ebrio comienza por ser vicioso, para terminar como enfermo, convertido en dipsómano. “Reprímase – dirán- al alcoholismo por todos los medios que se quiera; castiguese al ebrio vicioso, enciérrese al enfermo (...) légslese lógica y severamente contra la ebriedad, pero que no parezca cometerse el disparate, injusto, de negar que la embriaguez perturba la razón, aun cuando sea incompleta y habitual. Precisamente en los alcoholizados crónicos es en los que, con más frecuencia, la embriaguez incompleta puede producir perturbaciones que engendren la llamada irresponsabilidad jurídica”⁵³

La medicina, como ciencia, no permite olvidar las relaciones directas entre la fisiología y la patología, entre los fenómenos de la esfera psíquica y los cambios físico-químicos del cerebro, entre ambos hay simultaneidad; éste es un hecho demostrado que la medicina, sin tratar de resolver el enigma, señala como tal.

La epilepsia⁵⁴, por su parte, presenta otro problema de importancia al que se enfrenta el médico-perito legal: la simulación. Sus síntomas pueden ser fácilmente simulados ya que son ampliamente conocidos, convirtiéndose en práctica corriente alegar su padecimiento para lograr ser exceptuado del servicio militar; conseguir licencia absoluta cuando ya han sido reclutados; disminuir la pena de servicios forzados; y aún más, se constituye en argumento atenuante en las acusaciones de carácter criminal.

El perito médico se ve obligado a realizar todo lo que esté a su alcance a fin de quitarle sus máscaras a simuladores y embaucadores e igualmente debe ser capaz de hacer aparecer la enfermedad en su dimensión real y fuera de toda duda, para evitar que el verdadero epiléptico que cometa un acto criminal bajo la influencia de esta perturbación mental sea considerado responsable. Si se

⁵³ *Ibidem*. p.95.

⁵⁴ Luis Hidalgo Carpio, “Lecciones sobre la epilepsia, considerada bajo el punto de vista de la Medicina Legal”, en *Gaceta Médica de México*, (1870), Vol. 5 # 9, pp. 134-43 y #10, , pp.145-58 y (1882) Eduardo Corral, “Algunas consideraciones médico-legales sobre la responsabilidad criminal de los Epilépticos”. Tesis de E. N. de Medicina, México.

presentase alguna duda, se lo considerará responsable en cuestiones de orden civil, pero no así en las de orden criminal.

Por su parte, los afásicos⁵⁵ provocan otro tipo de discusiones. La afasia, al ser resultado de una lesión cerebral obligará al perito a tener en cuenta, "en la práctica", no sólo las perturbaciones mentales producidas por las deficiencias del lenguaje, sino también los trastornos mentales que produzca esa lesión, más allá de la simple perturbación del lenguaje.

Si bien esta perturbación modifica la capacidad civil de los individuos que la padecen al limitarla, no es claro determinar hasta qué punto modifica la inteligencia, la libertad de acción y los medios de expresión de la voluntad. En función de ello, distinguen dos tipos de afasias: las que perturban la comunicación, conservándose de manera completa las facultades intelectuales; y las que provocan deterioro en el funcionamiento correcto de la inteligencia. Si bien existe, en las primeras, deterioro del lenguaje, el enfermo "ha conservado su lenguaje interior", al igual que la inteligencia y la escritura; por lo tanto, su responsabilidad civil se mantiene intacta.

Pero hay otro tipo de afasias que deterioran y perturban "el lenguaje interior" e inciden en la formación del pensamiento; en este caso la determinación de la responsabilidad civil es mucho más difícil.

La reflexión sobre el lenguaje no se hace esperar: en "rigor científico", primero aparece en el cerebro la idea y luego la palabra que la expresa; primero el pensamiento adquiere una idea abstracta y después encuentra la palabra que le conviene. Este proceso se invierte ante la escucha, ya que primero se oye la palabra y luego brota la idea. La palabra no es simultánea a la idea, sino que sigue al pensamiento en el habla o bien lo precede en la escucha. El pensamiento, al ser producto de un trabajo de síntesis sujeto a las leyes de asociación, no sería posible sin la palabra.

⁵⁵ Juan Peón del Valle, "Capacidad civil de los afásicos", en *La Escuela de Medicina*, t. XXIV, #19, (1909), pp. 433-438 y "Apuntes para la clasificación práctica de los casos de Afasia. Comunicación hecha a la sección de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal del IV Congreso Médico Latino-Americano - Río de Janeiro, Brasil", en *La Escuela de Medicina*, t. XXV, #2, (1910), pp. 25-27.

En la afasia, entonces, los principios elementales del pensamiento persisten, si bien esterilizados por falta del trabajo de síntesis, imposible sin la palabra; en tanto en la demencia, el proceso patológico ha destruido esos principios y el pensamiento ha desaparecido.

Habrá que determinar si el afásico mantiene o ha perdido su lenguaje interior. Si se mantiene intacto podrá ejercitar sus derechos civiles; en el caso contrario, al encontrarse degradados la comparación, el juicio, el reconocimiento y la utilización de ideas abstractas será declarado incapaz para contraer obligaciones, pero conservará intactos sus derechos y tendrá capacidad íntegra para exigir; es decir, heredar y gozar de todos los derechos de una persona jurídica.

*

No es cuestión menor esa relación sinuosa, y no exenta de lagunas y vacíos, entre el derecho y la psiquiatría; relación cargada de decisiones casi imposibles entre el ámbito jurídico y el de la enfermedad mental ubicada en el plano de la anormalidad; entre el sujeto jurídico y el sujeto psicológico; entre un sujeto de la ley y un sujeto de la norma; entre el plano de la criminalidad y el de la patología.

Los médicos hablan, discurren, declaran, dictaminan, elaboran un decir... Si bien no asumen en toda su extensión la “decisión soberana”⁵⁶ sobre la vida, el

⁵⁶ Se considera la noción de “soberanía” desde la perspectiva abierta por M. Foucault quien plantea que en Occidente, hasta fines del siglo XVII, la sociedad se enmarcaba en la teoría clásica de la soberanía, siendo el derecho de vida y de muerte uno de los atributos fundamentales del soberano sobre sus súbditos. De esta manera, la vida y la muerte caen dentro del ámbito del poder político, se convierten en derechos por la voluntad del soberano. Su instrumento fundamental será la ley. A fines del siglo XVII los mecanismos de poder se modificarán siendo de neto corte disciplinario centrados en el cuerpo de los sujetos dando lugar a una anatomo-política cuyo mecanismo principal será la norma. Se producirá una nueva transformación, a finales del siglo XVIII y principios del XIX, emergencia de un poder bio-político centrado en un nuevo sujeto social: la población y sus procesos biológicos. Sus mecanismos fundamentales serán mecanismos de seguridad. El derecho de soberanía subsiste, aunque completado por un nuevo derecho que no borrará el anterior sino que va a atravesarlo y penetrarlo. Tres mecanismos: la ley, la norma y los mecanismos de seguridad que se atraviesan y complementan unos a los otros en la puesta en funcionamiento del nuevo ejercicio de poder. La ley prohíbe, la norma prescribe y los mecanismos de seguridad intervienen. Cfr. *Il faut défendre la société...op. cit.*; *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir...op. cit.* y *Sécurité, Territoire et population...op. cit.*

aislamiento o la existencia en sociedad del enfermo, su dictamen médico y clínico, sin el cual, desde la modernidad, el juez no producirá sentencia, adquiere la inevitable “fuerza de ley”⁵⁷, resguarda de la ley la fuerza de su violencia.

El perito médico-legal, en su hacer, tiene la última palabra: decisión imprescindible para que el juez emita dictamen. Palabra del médico que adquiere fuerza de ley, amparado en el derecho y en la “verdad” de la ciencia médica y psiquiátrica.

El perito, por medio de su práctica, hace posible la existencia de una zona indiscernible en que se juegan a la par, por un lado, la regla, normativa que posee una forma necesariamente general, no referida a sujeto concreto alguno, siempre a la espera de su aplicabilidad; y, por el otro, su aplicación a cuerpos concretos, a singularidades, a situaciones únicas y existencias irremplazables. Le corresponde, entonces, indicar cuando la norma ha de aplicarse al caso concreto, darle a la fuerza de ley un destinatario e imprimirle a esa fuerza una forma posible: física o discursiva; coercitiva o regulatoria; hermenéutica o retórica ...

El perito, con su decisión, está obligado a conducir lo general de la norma al espacio singular donde se debaten vidas concretas, existencias irremplazables, donde se entrecruzan y superponen cuerpos, nombres, rostros, andares e historias singulares.

Decisión, en tanto última palabra, sobre la libertad o el secuestro de un sujeto; sobre el estado de su psiquis que toma la forma de un diagnóstico que inscribe, a su vez, un pronóstico. Tras ellos se deslizan múltiples efectos: el sujeto es declarado irresponsable, inimputable, incapaz y, en tanto tal, se transforma en

⁵⁷ Jacques Derrida, *Fuerza de ley. El “fundamento místico de la autoridad”*, Madrid, Tecnos, 1997. “No hay derecho que no implique *en él mismo, a priori, en la estructura analítica de su concepto*, la posibilidad de ser ‘enforced’, aplicado por la fuerza”, p. 16 (cursivas en el original). La ley, en tanto derecho, para ser aplicable requiere del uso de la fuerza, violencia legalizada que puede denominarse “fuerza de ley”. Se intenta observar las maneras en que los procedimientos de secuestro y aislamiento como medidas terapéuticas implementados en el Manicomio son procedimientos, si bien no leyes, que guardan toda su fuerza, transformando ese espacio en un ámbito judicial *sui-generis*: espacio judicial “fuera de la ley”, si bien amparado en ella, cuyos procedimientos guardan “fuerza de ley”.

peligroso. Como medida terapéutica se secuestra su cuerpo, se lo fija a un espacio clauso con el fin de ser observada su conducta y vigilado su comportamiento, a fin de someterlo a un régimen higiénico-terapéutico que controla y ritma su tiempo y, de esta manera, se pone bajo custodia su supuesta peligrosidad.

Se ha producido una transferencia de la noción de responsabilidad del plano de la ley al plano de la clínica; al mismo tiempo que el juez, en tanto representante del órgano de decisión jurídico que castiga un acto tipificado como delito, abdica su derecho a juzgar y lo transfiere al médico, cuya decisión se basa no en el carácter que asumió el acto delictivo sino en el comportamiento más o menos “desviado” del sujeto.

La norma, imponiéndose a la ley, dispone, de manera general, el secuestro en un espacio médico de cuerpos diagnosticados anormales y desviados; a quienes declara irresponsables e incapaces legalmente, respaldada en el principio de cuidado y resguardo del enfermo, peligroso para la sociedad, para su entorno y para sí mismo. Por lo tanto, la sociedad, en nombre de una presunta peligrosidad que emerge en la desviación misma de la norma⁵⁸, asume el cuidado del enfermo, peligroso para la sociedad y para sí mismo. Y en nombre de ese cuidado, le expropia sus derechos, lo transforma en minoridad y lo ubica en una zona indeterminada: umbral mismo de la existencia del sujeto y de su desaparición; de la humanidad y su falta.⁵⁹

La persona jurídica se desintegra ante tal declaratoria; el loco, el demente en cualquiera de sus formas, el imbécil, el idiota, el retrasado mental, el alcohólico, el epiléptico son ubicados en esa zona indiscernible, en la cual no alcanzan

⁵⁸ La norma es de carácter inmanente e inscrita en la materia misma en que se ejerce; en tanto que la ley es de carácter trascendente, es la que fija, prohibiendo, la infracción. En el ejercicio del poder bio-político la norma se introduce en el plano de la ley, normativizando el derecho; al tiempo que se legaliza a sí misma para transformarse en ley y en derecho.

⁵⁹ Cfr. Giorgio Agamben, *Lo abierto. El hombre y el animal*. Valencia, Pre-Textos, 2005. El autor plantea la existencia en Occidente de “una máquina antropológica” que a partir de la modernidad funciona “excluyendo de sí como no humano (todavía) un ya humano, es decir, animalizando lo humano, aislando lo no humano en el hombre”. Lo obtenido “no es en cualquier caso ni una vida animal ni una vida humana, sino tan sólo una vida separada y excluida de sí misma, nada más que una *nuda vida*” (cursivas en el original). p. 52 y 53. Cfr. también Gilbert Simondon, *Dos lecciones sobre el animal y el hombre*, Buenos Aires, La Cebra, 2008.

calidad de sujeto en toda la extensión de sus derechos y obligaciones, ni tampoco dejan totalmente de serlo; ubicados en ese ámbito, no alcanzan el carácter mismo de lo humano en su totalidad, lo humano se reviste de ciertas tonalidades de animalidad. Zona gris, espacio de umbral.

El enfermo mental, entonces, no sólo pierde su libertad al ser encerrado su cuerpo y sometida su existencia al aislamiento; no sólo pierde sus capacidades jurídicas de contratar, comprar y vender, heredar y ser heredado, de contraer matrimonio, de ser responsable de sus actos y acciones presentes y futuras... Su cuerpo deja de ser asiento de derechos jurídicos, en él se inscribe el desvío de la norma que se expresa en una psiquis que naufraga sin destino.

Por ello, el secuestro, en el Manicomio, no es sólo el secuestro presente y en presencia de un cuerpo, es secuestro también de derechos; secuestro, a su vez, de su propio pasado que se elabora como historia clínica-patológica; es secuestro, por ello, de su palabra, de sus emociones, deseos y sueños transformados en objetos a escudriñar y diagnosticar; es secuestro, al mismo tiempo, de horizontes que permitan vislumbrar un futuro posible. Sin responsabilidad jurídica, el sujeto se desvanece, se instaura en minoridad.

La Castañeda: un espacio, un tiempo.

En la práctica diaria del Manicomio no fueron claras ni precisas las relaciones entre el ámbito legal del Derecho y el médico-normativo de la Clínica; entre el cumplimiento de normas y reglamentos internos y las presiones de orden político y administrativo. No fueron fáciles ni exentas de tensión las relaciones entre la práctica clínica de la institución con la Psiquiatría, en tanto disciplina médica, que se debatía por encontrar un lugar de respectabilidad en el medio profesional del país. Relaciones tensas, también, con los poderes policiacos-administrativos y de gobierno; sin olvidar, ni por un momento, los intereses encontrados de las familias que tenían internado a alguno de sus miembros. En el entrecruce de instituciones, poderes y saberes enfrentados y en permanente tensión, en ese lugar precario y casi sin asiento, se hallaba ubicado el interno.

Los vacíos, la falta de claridad en la determinación de límites precisos entre el derecho y la psiquiatría se fueron haciendo cada vez más grandes, más insalvables en el hacer cotidiano de ese espacio que buscaba ser médico y terapéutico. Los procedimientos, sin alcanzar regularidad, se alejaban cada vez de las disposiciones reglamentarias que, a su vez, mostraban profusas lagunas, lo que hacía posible una fuerte ambigüedad en las interpretaciones.

Se enfrentaban maneras diferentes de percibir y de hacer entre el orden médico y los espacios de decisión gubernamental; entre los médicos-psiquiatras y las familias de los internos. Estos intereses enfrentados contribuyeron a producir una “forma singular de funcionamiento” en el Manicomio, extraña a códigos jurídicos y reglamentos normativos: conjunto de prácticas que tomaron el carácter de inevitables dentro de la institución. De esta manera, la excepción se fue constituyendo, sin disimulos, en regla.

La disputa entre los órdenes médico, familiar y administrativos-policíacos en relación a la reclusión involuntaria de pacientes considerados peligrosos fue observable desde fines del siglo XIX, sin que se hubiese logrado una clara definición, en el plano legal, con respecto a la forma y contenido mismo de la declaratoria de peligrosidad y a la especificación de sus grados.⁶⁰

Los “juicios de interdicción”, dictados por una autoridad judicial, y avalados por la pericia psiquiátrica, por los cuales se declaraba, por ejemplo en países como Francia a partir de 1838, la incapacidad e irresponsabilidad del enfermo

⁶⁰ Sobre la cuestión de los internamientos involuntarios desde el siglo XIX *Cfr.* los trabajos de Cristina Sacristán quien ha ahondado en esta problemática. “¿Quién me metió en el Manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, Siglos XIX y XX” en *Revista Relaciones. Estudio de Historia y Sociedad*, #74, Vol. XIX, Colegio de Michoacán, 1998, México; “Resistir y asistir, La profesión psiquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias, 1859-1933 en Illades C., Rodríguez K., A. *et al.*, *Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, México, Sábado Distrito Federal, 2000; y “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944” en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales. Para una historia de la psiquiatría en México*, # 51, Inst. Mora, 2001, México. La autora elabora la tesis que el vacío legislativo existente en relación con los internamientos involuntarios fortaleció el papel de la familia en el control de la locura, por encima del poder psiquiátrico y del poder del estado. Hace notar que fue recién en 1995 que la legislación mexicana estableció que “todo internamiento involuntario deberá notificarse al Ministerio Público y a las autoridades judiciales una vez efectuado”. El Ministerio Público “tiene la obligación de constatar la pertinencia del internamiento, las condiciones en que se encuentra el enfermo y velar por su seguridad”, “¿Quién me metió en el Manicomio?”...*op. cit.*, pp. 210-220.

mental y el nombramiento de un tutor legal, brillaron por su ausencia durante toda la existencia del Manicomio, salvo cuando existían intereses económicos claramente involucrados. Ni las familias realizaban dicho juicio ni era expresamente requerido por la institución para admitir a sus pacientes, siendo práctica común que los familiares de los enfermos, en los días de visita, les hiciesen firmar toda clase de documentos, “con un fin que es posible conjeturar”⁶¹. El hecho mismo de la internación del enfermo producía, como efecto no declarado, la interdicción *de facto* de sus derechos.

Los internamientos se realizaban, a partir de la práctica de los viejos hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador, conforme a los reglamentos internos de cada hospital, que decidían sobre las condiciones de ingreso y salida y las formalidades a cumplir.

La Castañeda se dio su propio Reglamento en 1913⁶². En él se hacía explícito el doble carácter de este establecimiento, por un lado se lo instituyó como hospital a cuyo cargo se encontraban funciones médicas, académicas y terapéuticas y, por el otro, estaba obligado a funcionar como espacio asilar. El Manicomio, entonces, no sólo estaba destinado al “tratamiento” sino también al “asilo de toda clase de persona de ambos sexos y de cualquier edad, nacionalidad y religión afectadas de enfermedades mentales”⁶³, encontrándose obligado a recibir a cualquier persona que sufriese alguna forma de enfermedad mental, fuese bajo la calidad de enfermos o bien de asilados.

Para ordenar la reclusión eran competentes una serie de dependencias gubernamentales: la Secretaria de Gobernación, la Dirección General de la Beneficencia Pública, el Gobernador y los jueces del Distrito Federal; y también, como excepción, las Inspecciones de Policía, si el caso lo ameritaba.

⁶¹ “...de todos los enfermos allí internados que ascienden a tres mil, no existe un cinco por ciento que esté sujeto a interdicción y con tutor legal. Se ha observado en los días de visita al manicomio que los familiares de los enfermos, aprovechándose de su estado y de que desconocen el valor de sus actos, los hacen firmar toda clase de documentos con *un fin que es posible conjeturar*”. Dr. Alfonso Millán. Director de La Castañeda, citado por Cristina Sacristán, “Resistir y asistir...”, *op. cit.*, p. 203. (Cursivas mías)

⁶² (1913) Reglamento Interno del Establecimiento. AHSS, FBP, SEH, SMG. L.3, Exp.25.

⁶³ *Ibidem*, art. 2º.

Se requería que la demanda de admisión fuese por escrito, por pedido expreso del mismo enfermo avalado por un Juez que debía reconocer la capacidad legal del interesado; por parientes cercanos o amigos a cuyo cargo se encontraba el enfermo; o bien por su tutor legal, declarado como tal por un Juez, firmado por dos testigos y acompañado por algún documento capaz de acreditar el parentesco o el hecho que el enfermo se encontrara a cargo del demandante.

Para que el pedido de admisión adquiriese efectividad, era necesario que fuese acompañado de un certificado elaborado por dos médicos legalmente autorizados para ejercer la profesión en el cual –establecía el reglamento- “se exponga claramente: 1- el estado de enfermedad mental, expresando el diagnóstico o cuando menos los síntomas más salientes, principalmente *los defectos de conducta y la falta de adaptación al medio social, que justifiquen el cargo de enfermedad mental*; y 2- la necesidad de ser internado el paciente en algún establecimiento adecuado para el tratamiento de tal enfermedad”⁶⁴.

En este artículo del Reglamento Interno es evidente que el mismo no provee una definición de la locura en tanto que enfermedad mental, posible de ser evaluada y diagnosticada clínicamente por medio de un conjunto de síntomas certeros, sino que refiere la locura a ciertas formas conductuales erráticas e imprecisas, sólo detectables por medio de valoraciones de índole moral más que médicas.

En el caso de que el pedido de internación hubiese emanado de alguna de las autoridades gubernamentales, policíacas o judiciales con capacidad para ello, el certificado podía ser realizado por médicos con cargo oficial, como los adscritos a las Inspecciones de Policía y a los Hospitales, o bien por peritos médicos designados por el Juez.

El mismo reglamento ya permitía obviar este requisito: si el caso exigía una admisión urgente y el certificado médico no era presentado, “el médico interno de guardia podrá suplir la falta, extendiendo el certificado debido y firmándolo en compañía de otro de los médicos internos o de uno de los Jefes de

⁶⁴ *Ibidem*, art. 11º (cursivas mías).

Departamento”⁶⁵. Esta forma de excepción se fue convirtiendo en procedimiento regular.⁶⁶

Dado que ciertos poderes policiacos, administrativos y gubernamentales podían solicitar la orden de admisión, los internos, en función de ello, podían tener calidad de libres o bien de presos, si habían ingresado por orden de una autoridad competente y, por lo tanto, permanecerían a disposición de ellos.

A su vez y dado que el Manicomio cumplía también una función asilar, los internos podían ser ubicados en dos tipos de categorías: pensionistas (de primera, segunda y tercera clase, conforme al monto de las cuotas a cubrir mensualmente) e indigentes (asilados y asistidos gratuitamente). El reglamento establecía claramente que aquellos pensionistas que dejaran de efectuar el pago correspondiente, después del goce de un mes de espera, pasarían a la categoría de “asistidos de gracia”.⁶⁷

Una vez ingresados, teniendo en cuenta su calidad y categoría, y siempre separados por sexos, eran asignados a los distintos pabellones: el pabellón de “Distinguidos” para los pensionistas de primera clase, sin distinción de padecimientos; el pabellón de “Observación” por el cual pasaban indigentes y pensionistas de 2ª y 3ª clase inmediatamente después de su ingreso para poder ser clasificados según su padecimiento y derivados a otros pabellones. En este pabellón también eran ubicados todo tipo de intoxicados tratando de que no entraran en contacto con los demás pacientes. En el pabellón de “Peligrosos” eran *guardados* indigentes y pensionistas (salvo los de 1ª clase) violentos, impulsivos o agitados, al igual que los presos peligrosos. Por su parte, en el pabellón de “Tranquilos/as A” se ubicaban a los asilados indigentes con

⁶⁵ *Ibidem*, art. 12º.

⁶⁶ ASHH. FMG, SEC, Caja 15, exp. 8. Paciente H. Dx. Epilepsia. “ Mixcoac, dic 5 de 1910. Es indispensable que venga su enferma acompañada de un certificado firmado por dos médicos cuyas firmas sean legalizadas, y en el que se exprese el diagnóstico de enfermedad mental que padece ó á falta de diagnóstico, los síntomas principales de dicha enfermedad. Pero si para ello tiene Ud. dificultades envíeme a su enferma y aquí se le proporcionará el certificado; es también que se sirva Ud. enviar firmado y con un timbre de cincuenta centavos cancelada la solicitud adjunta y por último que tenga la bondad de llenar el interrogatorio que encontrará incluso.” Carta del Director a un familiar del paciente previa a su internación.

⁶⁷ (1913) Reglamento Interno del Establecimiento, *op. cit.*, art. 18º, inc. 4º

enfermedades mentales crónicas y en "Tranquilos/as B" a pensionistas de 2ª y de 3ª con los mismos tipos de padecimientos que los del pabellón A.

Existía un Pabellón para "epilépticos" con lugares especiales para pensionistas, y otro para "Imbéciles", "preferentemente idiotas", tanto para asilados como para pensionistas de 2º y 3º clase. Y finalmente un pabellón de "Infecciosos" donde iban a parar todos aquellos atacados por alguna enfermedad infecto-contagiosa mientras durara la misma.

En cuanto a las formalidades a cumplir en relación a las altas definitivas o permisos de salida temporal, las ambigüedades fueron múltiples y ocasionaron continuos problemas y quejas reiteradas de los mismos pacientes en sus escritos y petitorios. El reglamento establecía que podían salir del establecimiento, estuviesen "aliviados o no", a solicitud de sus parientes, familia o personas que estuviesen a cargo de ellos; a petición de ellos mismos, siempre y cuando no tuviesen calidad de presos, o bien no fuesen considerados peligrosos a juicio del médico del pabellón; en este caso se requería una orden expresa del Gobernador del Distrito Federal.

Uno de los requisitos exigidos para dar el alta a aquellos considerados "libres" consistía en que debían ser "entregados" a sus familias, parientes o amigos encargados; rara vez se les permitía dejar el hospital "solos" y, en función de ello, debían esperar la ansiada llegada de alguien, un padre, una madre, un hermano, un pariente, algún amigo... espera muchas veces infructuosa: en la práctica cotidiana aparecía siempre retrasada, siempre en demora. La decisión por la cual podrían ser libres necesariamente debía llegar de un otro (la familia, los amigos o conocidos, el médico, el aparato administrativo del hospital, las instancias gubernamentales, judiciales o policíacas) que imponían la espera, que alargaban los tiempos de lo que debía ser inmediato; de esta manera, se proclamaba silenciosamente el suspenso y se transformaba ese intervalo en verdadero padecimiento.

El reglamento parece conocer y reconocer esa práctica, ya que establece en alguno de sus articulados: "Los que hayan curado y se encuentren *abandonados*, o que corran peligro evidente de recaer si vuelven a la vida social

podrán quedar en el manicomio en calidad de asilados, a la manera de los *incurables*, siempre que no haya algún motivo poderoso para considerarlos como nocivos ala (sic) Establecimiento”⁶⁸, pudiendo desempeñar allí empleos de escasa categoría. Esta población de abandonados e incurables fue aumentando día a día y al abandono de la familia se aunó el abandono clínico y terapéutico. Población de seres sin redes sociales que los sostuviesen, abandonados a su propia suerte.

El hecho que La Castañeda, desde sus mismos inicios, fuera puesta bajo la égida de la Beneficencia Pública y se constituyera no sólo como institución médica sino también como asilo, dio lugar a una tensión permanente entre el cumplimiento de esta función en oposición abierta a las funciones médicas que debía cubrir; tensión jamás resuelta, dado que, desde épocas muy tempranas, las funciones terapéuticas se volvían casi imposibles de cumplir ante la obligación de dar albergue indefinido a una fuerte población de “incurables”, para quienes no hubo otro tratamiento más que el simple abandono por parte del personal médico y administrativo del establecimiento; de las propias familias que se negaban, reiteradamente, a hacerse cargo de sus enfermos cuando eran dados de alta; y de las presiones de la Beneficencia Pública que exigía que la institución cumpliera la función asilar para la que había sido encargada. En función de ello la población internada en el hospital no hacía más que aumentar día a día...

Esta situación ubica al establecimiento en un verdadero callejón sin salida: las funciones modernas de tratamiento “científico” de la locura como enfermedad mental se entremezclaban y confundían con las viejas funciones propias de otras épocas, confusión y amalgamamiento de pretensiones científicas, acciones de beneficencia y prácticas asilares.

El Manicomio entró rápidamente en un proceso acelerado de deterioro que iba mucho más allá de los acontecimientos políticos y militares del país. El hospital nace unos meses antes del inicio del movimiento armado revolucionario y, sin lugar a dudas, la situación social, política, militar y económica que

⁶⁸ *Ibidem*, art. 41º (cursivas mías)

atravesaba el país agudizó y profundizó el deterioro. Los casi diez años de violencia política en que se vio sumergido el país afectaron, sin duda, al hospital⁶⁹ como a la sociedad toda; aunque quedan escasos testimonios de ello en los expedientes clínicos.

A fines de enero de 1915 las fuerzas zapatistas ocuparon el hospital⁷⁰. Durante el mes siguiente, los empleados temían por sus vidas, debido a las constantes balaceras entre las diferentes facciones enfrentadas. Dos internos del Pabellón de Peligrosos se unieron a las fuerzas rebeldes, al igual que un maestro de la institución. Al desocupar las instalaciones, las autoridades del Hospital, acusan a los insurgentes de robo: habían desaparecido algunas gallinas, cabras y conejos⁷¹...

Del movimiento revolucionario, de la lucha que enfrenta y desangra al país a partir de 1910, quedan escasos registros en los expedientes clínicos, donde aparecen y se confrontan dos formas de mirar y vivir ese tiempo de guerra: los médicos, en una gran mayoría, mantienen en silencio los acontecimientos, sólo uno que otro, al describir los delirios del paciente, narran ciertos hechos sangrientos como parte constitutiva del delirio o como acontecimiento inicial de la perturbación mental.

Un médico que acepta la internación de un paciente en 1911 escribe en la historia clínica: "el enfermo refiere que no recuerda la fecha en que comenzó a estar enfermo. El principio de la enfermedad lo refiere diciendo que era cap. 2do

⁶⁹ Disminuyen notablemente el número de ingresos durante esos años, muy especialmente en 1915 y 1916. *Cfr.* Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920*, Tesis de Doctorado en Historia, Colegio de México, México, 2007.

⁷⁰ El año de 1915 fue un año crítico para la ciudad de México, ya que junto a los enfrentamientos militares, la ciudad vivió uno de las peores crisis de desabastecimiento de alimentos, carbón, textiles, masa de nixtamal y escasez de granos. "En los anales de la ciudad de México, 1915 representa uno de los acontecimientos más dramáticos de su historia moderna." *Cfr.* Ariel Rodríguez Kuri, "Desabasto, hambre y respuesta política. 1915", en Illades C., Rodríguez K., A., *Instituciones y Ciudad... op. cit.*, pp. 133-164.

⁷¹ AHSS, FBP, SEH, SMG, leg 4, exp. 19, 28 y 37. *Cfr.* Cristina Rivera-Garza, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944" en *Secuencia*, Revista de historia y ciencias sociales # 51...*op. cit.*, p. 79 y sgtes. y Andrés Ríos Molina, *La locura durante la revolución mexicana... op. cit.*

de artillería y que salió para ciudad Juárez a combatir contra los revolucionarios estando en esta población un día reventó junto a él una granada matando a los artilleros.....⁷²

En razón del ingreso de un reo diagnosticado de psicosis alcohólica, en 1920, aparece en la historia clínica: "Delirio de grandeza. Se juzga general y gana mucho dinero. Es amigo de los jefes de la Revolución y encuentra a enemigos hasta los de su familia, a quienes maltrata y golpea..."⁷³

Da la impresión, al leer los expedientes, que para los médicos de La Castañeda el contexto social y político en que emerge y crece la locura (más allá del contexto familiar, los amigos, el alcohol y las fiestas) no era objeto de especial atención. El afuera, su temporalidad, los acontecimientos que ensangrentaban al país no tenían por qué modificar el transcurrir cotidiano del Hospital, el tiempo propio del encierro. Da la impresión, a partir de la lectura de los expedientes de esos años, que para los médicos, el tiempo de la locura corre por otros cauces, marca otros rumbos, es un tiempo en paralelo al tiempo social, tiempo fuera del tiempo, estancado en el delirio.

A pesar de los médicos, algunos internos registran y se inscriben en el tiempo social, se hacen eco de la situación política y militar que atraviesa el país, del dolor de los heridos, de la falta de víveres, del hambre; sienten los efectos de la guerra dentro de los muros de La Castañeda, en la falta de masa suficiente para las tortillas... en sus miedos y temores.... en las voces alucinatorias que resuenan en su interior, en la elección de los interlocutores de sus cartas que jamás llegarán a destino...

"Los acontecimientos políticos que hace cuatro años o poco menos vienen, podría yo decir, impresionándome, "que no he visto", sino que he sentido vivamente, pero como muy lejos, complicados esos sucesos con las circunstancias muy especiales de mi vida, el medio ambiente en que he vivido y una necesidad imperiosa de escribir lo que pensaba, como podía, me impulsaron "a ensuciar", diré un montón de papeluchos. ¡Basura de manicomio!. No obstante, con esa basura ha venido tomando cuerpo. -"cuerpo de delito-, el

⁷² AHSS, FMG, SEC, caja 20, exp. 27. Paciente H. Dx. Demencia juvenil parálitica / Parálisis General Progresiva.

⁷³ AHSS, FMG, SEC, caja 105, Exp. 5. Paciente H. Dx. Psicosis alcohólica.

*caso –político-religioso, que hoy atrae la atención pública y que no sé si ha llegado a ser internacional. Me viene grande este análisis, y además el ofuscamiento que cada día más me embarga, no me deja penetrarlo*⁷⁴

El 18 de abril de 1915, una interna le escribe a su padre:

*“Con gusto le dirijo estos cortos renglones; para felicitarlo, pues con motivo de la guerra no pude hacerlo el mes ppdo. Contamos con pocos elementos en este Hospital; pues hemos pasado lo que se llaman hambres y escasez de recursos, y no solo los indigentes sino también las Pensionistas; al grado que en los meses de Febrero y Marzo las enfermeras tenían que hacer sus tortillas en el Pabellón y traían á las Pensionistas nuestros alimentos tarde y escasos”...*⁷⁵

En el expediente de un joven que ingresa en el Manicomio en 1911, se encuentra una carta que le escribe al Director, en la cual se queja por la mala calidad de los alimentos, y solicita que esta situación se modifique de inmediato *“en nombre de la causa democrática, de esa sangre que corrió en Chihuahua”*.⁷⁶

Un joven médico español de 29 años que ingresa como paciente en La Castañeda en mayo de 1911, le relata por escrito al Director, a pedido del médico que lo entrevistó, su llegada al país y lo acontecido en su viaje desde el puerto de Veracruz a la ciudad de México.

*“Voy a relatar cuanto me ha sucedido desde que desembarque en Puerto Méjico, para ir á conocer la Capital. (...) El 29 [de abril], y de madrugada, continué el viaje sin novedad hasta las once del día. A esa hora penetró en el coche donde yo viajaba un joven herido, por los insurrectos según él y sin mediar disputa alguna. Le reconocí la herida y lo curé de primera intención, con los medios de que se dispone en un tren. La narración hecha por el aludido joven me indignó hasta el extremo de hacerme proferir cuatro fuertes palabras contra la actual revolución[...]*⁷⁷

⁷⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 8, Exp. 45, 21/7/1914. Paciente H. Dx Delirio de persecución razonado. Perseguido – Perseguidor. Memorandum p/ el Sr. Director Heladio Gutiérrez (subrayado en el original).

⁷⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 16, Exp. 1. Paciente M. Dx odiar al esposo, á los hijos, no los atiende bien.

⁷⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 17, Exp. 6. Paciente H. Dx. Manía Subaguda. Psicosis de origen alcohólica.

⁷⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 19, Exp. 11, 13/5/1911. Paciente H. Dx. Delusión en persecución con origen tóxico. (Subrayado en el original)

Pareciera, entonces, que el tiempo en que transcurre el encierro, el tiempo vivido por el interno dentro de los muros del Manicomio toma la forma de un “tiempo muerto”⁷⁸, huella que actualiza el pasado y fabrica un presente inmemorial. Ruptura de la duración histórica y totalizada que provoca un futuro fantasmático y aterradorante que “ya ha sido” y hace vivir en presente el registro de la ausencia, donde sólo la falta adquiere presencia. Fragmento temporal atascado en lo que fue, detenido en un presente a olvidar, sin el mérito del recuerdo. Un intervalo entre dos tiempos, capaz de invertir, subjetivamente, la línea del tiempo, de trasmutarse en un “ya ha sido”: cada acontecimiento es vivido como ya pasado y el futuro es negado como un pasado que ya fue.

De esta manera, el horizonte se cierra, no se espera ya la inminencia de la decisión por siempre postergada del médico, del Director del hospital, de los órdenes gubernamentales y policiacos, de la familia... El futuro se diluye en un por-venir del que ya nada hay que esperar: el horizonte se aleja, la visión se vuelve miope y el tiempo se detiene cual si estuviese muerto.

Reservorio de la infamia.

La situación no se modifica, quizá tomó un carácter más claramente definido durante la década de los años veinte...

Las prácticas “clínica” y administrativa que se llevan a cabo en el Manicomio hicieron evidente, de manera muy rápida, cuál sería ese carácter: un sostenido crecimiento de la población de internos que pasaron de cientos a unos cuantos miles pocos años después de su inauguración, lo que sobrepasaba en mucho su capacidad; un aumento desmedido de enfermos “incurables”, de asilados “abandonados” con estancia de muy larga duración; escasos recursos tanto

⁷⁸ Cfr. Emmanuel Levinas, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Sígueme, 1977. “El intervalo de la discreción o la muerte es una noción tercera entre el ser y la nada. El intervalo no es a la vida lo que la potencia al acto. Su originalidad consiste en estar entre dos tiempos. Proponemos llamar esta dimensión tiempo muerto.”, p. 81 y Humberto Chávez Mayol, *Tiempo Muerto*. Co-edición UAEM-UDLA-CONACULTA-CENART-PADID-Old Market Ass. et al., Toluca, 2005.

económicos como profesionales; una mínima respectabilidad en el medio médico-profesional por la práctica psiquiátrica⁷⁹; un confuso entrecruzamiento y superposición entre funciones terapéuticas y de reclusión, ya que la simple internación era ya considerada una medida “curativa” y; la confusa superposición de objetivos clínicos y asistenciales.

Todo ello signó al Manicomio desde sus mismos inicios, en que se fue restringiendo, cada vez más, a cumplir funciones meramente “asistenciales” confundidas con las clínicas, para convertirse más que en depósito, en un neto reservorio⁸⁰ de la pobreza, el infortunio y de la forma más repetida de desviación en el país: el alcoholismo⁸¹.

El alcoholismo y otras formas de intoxicación como el caso de los morfinómanos fueron una preocupación del Manicomio desde sus mismos inicios; no en vano el Reglamento de 1913 dedica un artículo⁸² especial a este tipo de enfermos, con él se busca puntualizar una serie de formalidades para su admisión y salida: podían solicitar su internación voluntaria los alcohólicos mayores de edad, y si expresaban el deseo de permanecer allí hasta su curación definitiva, sólo se les podría dar el alta, demandada por ellos mismos, hasta después de seis meses de permanencia; si no habían expresado tal deseo, serían libres de salir del Manicomio cuando lo desearan, aún si no estaban curados, ya que los alcohólicos no podían ser “detenidos” contra su voluntad.

⁷⁹ Cfr. Cristina Sacristán, “Resistir y Asistir...*op.cit.*, p. 208-209.

⁸⁰ Reservorio: (galicismo, del fr. *réservoir*) Cavidad orgánica en la que se acumulan líquidos, como la vejiga urinaria, el saco lagrimal, la vesícula biliar. Organismo que alberga gérmenes capaces de propagar infecciones. Diccionario de la Lengua Española, Barcelona, Grijalbo, 1988.

⁸¹ En los diez primeros años de existencia del Hospital, el número de hombres internados casi duplicaba al de mujeres; un 80% de los internos, tanto hombres como mujeres, eran considerados indigentes siendo reclusos, en su mayoría, por orden de alguna instancia gubernamental; el diagnóstico que aparece con la más alta frecuencia es el que corresponde a alcoholismo o alguna de sus caracterizaciones taxonómicas tales como epilepsia alcohólica o psicosis alcohólica. Información obtenida a partir de los Libros de Registro (I-10) que consignan las internaciones al Manicomio desde su inauguración hasta 1920. (AHSS, FMG, SLR I-10). No existen series estadísticas completas ni homogéneas referidas al comportamiento cuantitativo del establecimiento, sólo algunas referidas a determinados años, y en general realizadas a partir de muestras; de allí que ninguno de estos estudios cuantitativos sea concluyente.

⁸² (1913) Reglamento Interior del Manicomio, ...*op.cit.*, art. 40, inc. 1º al 7º, pp.14-15.

La reglamentación hacía posible, por sus vacíos y ambigüedades, un cúmulo de interpretaciones encontradas, dando lugar a procedimientos surgidos de prácticas repetitivas que se alejaban de la letra de la ley, y que mostraban con clara evidencia que el hecho mismo de la internación los colocaba, sin más, en situación de “minoridad” *de facto*. Los pacientes lo saben, de ello son testimonio sus reclamos.

Manicomio general noviembre 9/923

Sr. Director del Establecimiento

Dr. Nicolas Martinez Presente:

Refiriéndome a la favorecida de ud fechada ayer, quedé impuesto por la parte final de aquella que en 7 de los corrientes, manifesto ud a mi hermano L. que pasara cuanto antes a “recojerme” para que ingresara yo a otro sanatorio. Tengo entendido que sólo a los bultos se les recoje, por ser cosas inanimadas y que en el uso familiar se emplea la palabra “recojer” cuando una persona advierte a otro –te paso a recojer a tal o cual lugar; pero en el caso actual ni yo soy bulto; ni tampoco corresponde a mi hermano pasar a “recojerme” puesto que concedida que ha sido mi alta voluntaria; siendo apto para abandonar el manicomio, no existe la necesidad de esperar que le plazca o no pasar a “recojerme” a mi repetido hermano: porque en el segundo caso, resultaría de efectos negatono la concesión de la aludida alta; maxime si se atiende a que quien encarga ud de “recojerme” no ejerce tutela sobre mi; la que procedería si yo fuera menor de edad o bien por habersele discernido judicialmente previa declaración de encontrarme en estado de interdicción lo que ni remotamente puedo suponer, toda vez que el cód. civil exige formalidades que conmigo no se han llegado.⁸³

El Reglamento, por su parte, permitía sin discusión las internaciones de carácter involuntario, sin la anuencia del paciente, especialmente en el caso de “intoxicados cuyas perturbaciones mentales justifiquen la privación de su libertad”, a quienes se los consideraría “como simples enagenados (sic)” y sólo

⁸³ AHSS. FMG, EC, caja 129, exp. 4, 17/10/1923. Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico. “ [...] En esta fecha he recibido un ocurso del señor su hermano don J., internado en este Establecimiento, en que aduce nuevamente razones de violación de garantías individuales, amenazas e insultos, para obtener su libertad. Como usted me ofreció que procedería a hacer el juicio de interdicción del señor su hermano dadas las dificultades que esta ocasionando, creo conveniente tome usted una determinación; pues de otra manera seguirá insistiendo en salir. [...]” Carta del director al hermano del paciente.

podrían ser dados de alta, a solicitud de ellos mismos, de sus parientes o encargados, cuando "se hallen curados de sus accidentes de intoxicación aguda y vueltos al uso de sus facultades mentales en grado suficiente para que ya no está justificada su detención en el Manicomio, contra su voluntad".

Por lo tanto, quedaba a discrecionalidad del médico, sin duda, el dar el alta y permitir la salida. A esta discrecionalidad se sumaba el cúmulo de peticiones explícitas de la familia para que se les prohibiera la salida, ya que no sabían que hacer con "su" alcohólico reincidente, con interminables entradas y salidas. Y aún más, el inciso 6º del Reglamento Interno dejaba claro que "Al asilado de esta clase, es decir perteneciente al grupo de alcohólicos, morfinómanos, eterómanos, etc., etc., que no guarde compostura, que sea insubordinado, que cometa desórdenes en el Establecimiento o no cumpla el reglamento, se lo tendrá como simple enagenado (sic), considerándole en el grupo de los enfermos peligrosos del Establecimiento".

Este tipo de decisiones correspondían al médico encargado del pabellón en que se encontraban internados, con la anuencia del Director del hospital. Como efecto de esta serie de ordenanzas y reglamentaciones internas, el Manicomio se fue constituyendo, casi imperceptiblemente, en un espacio de índole judicial autónomo fuera del orden legal. Espacio judicial donde se acusa, se juzga y se condena, siempre en tensión y enfrentado a los poderes de gobierno, administrativos y policíacos y a los intereses encontrados y, por momentos, vacilantes de las familias.

Día a día aumentaba el número de sujetos enviados por comisarías e instituciones gubernamentales a ser internados en el establecimiento, sin cumplir el requisito de presentar el certificado médico correspondiente; las familias, por su parte se resistían a retirar a sus enfermos y hacerse cargo de ellos.

En 1930, el Manicomio se encontraba completamente saturado, su sobrepoblación era evidente, era imposible restringir los ingresos y cada vez era más difícil dar el alta a los pacientes... sea por que los familiares se negaban a hacerse cargo de ellos, sea porque algunos médicos consideraban que dar el alta era una pérdida de tiempo, ya que una y otra vez, casi de manera inexorable

volverían a ser recluidos.⁸⁴ El Manicomio es tomado, entonces, por gobierno, familia y algunos médicos, como “lugar de reclusión” necesaria.

En 1927, la situación era ya insostenible, el Dr. Samuel Ramírez Moreno, director del Establecimiento, lo hace claro en una entrevista que le realiza la Dirección General de la Beneficencia Pública; según el director, el Manicomio muestra innumerables deficiencias y un notable retroceso con respecto a sus condiciones, aunado a las múltiples presiones políticas que estaba obligado a soportar; su anhelo era ser desligado “de todo credo o partidismo político, al que por desgracia en México se les obliga a los hombres que gobiernan las instituciones científicas. Acabar con las imposiciones que en todo tiempo se ha ejercido para nombrar médicos y demás empleados, haciendo a un lado su representación y personalidad sólo por el hecho de que los personajes de quienes ha dependido esta institución desean favorecer a parientes y amigos, a pesar de ser completamente ineptos”⁸⁵

Atravesada la institución por intereses disímiles, por acciones encontradas, se fue hundiendo en la rutina del abandono; sus resultados mostraban, con descaro, un “ni modo” impotente.

Y allí, en ese escenario de abandono e indiferencia, se encontraba ubicado el paciente, sometido de manera permanente a un “juicio” singular dentro de las paredes del encierro, a un proceso indefinido siempre en marcha, sin resolución, por siempre demorado... Algunos pacientes denuncian el funcionamiento de este tribunal *sui-generis*, extraño a la ley y al derecho, si bien aceptado y amparado por ellos:

Ni aún por carambola es “este” un tribunal competente para juzgarme por faltas a la ley, si he incurrido, y por ende es anticonstitucional detenerme aquí. Mi ca[uj]sa pertenece exclusivamente a la ciencia médica y cuando ella sabe a qué atenerse obra peor que anticonstitucionalmente guardándome en el manicomio; no estando

⁸⁴ En relación a esta postura de los médicos, ver capítulo IV “El mundo de la Ciencia”.

⁸⁵ “El Manicomio General” (Entrevista al Dr. Samuel Ramírez Moreno), en Revista *Asociación Médica Mexicana*, t. VI, feb. 1927 #2, pp.79-82.

loco, no importa que sufra yo del sistema nervioso, no debe detenerme, máxime si mi estancia en él puede serme fatal. Ocasionarme algo más grave que la muerte, perder completamente la razón. [...] Si son ustedes incapaces de aclarar si estoy loco o no, sin el auxilio de jueces competentes, su misión ha terminado, y lo que haga yo en la calle no es de su incumbencia. Detenerme "preventivamente" por toda la vida es intra anticonstitucional. La observación de mi conducta y aún de mi salud cerebral debe corresponder a la policía de la ciudad, sin molestarme con su presencia muy inmediata. Mis medios de subsistencia serán lo que yo pueda proporcionarme honradamente; y si así no lo hiciere "que la nación me lo demande".⁸⁶

Los pacientes parecen notar que más que enfermos sometidos a un orden terapéutico que busca la recuperación de la salud, se constituyen en "riesgo social" a controlar y prevenir.

Los pacientes demandan, exigen, escriben cartas febrilmente, dan a esas demandas y pedidos dirigidos a muy diferentes autoridades (del hospital, del gobierno, de la policía) el carácter de un alegato jurídico cual si hubiesen hecho propio el lenguaje del derecho, del que habían sido excluidos, y con él exigieran el ejercicio de su libertad y el respeto de sus derechos.

Es posible ubicar al Manicomio, a partir de la manera en que se configura tanto su espacio como su tiempo, en un lugar de excepción⁸⁷, extraño al derecho y a la ley, aunque cobijada por ellos, donde ocurren reglamentos, disposiciones y procedimientos, que sin ser ley, guardan de ella toda su fuerza: zona gris de incertidumbre y umbral donde los internos restan en estado de minoridad, en

⁸⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 8, Exp. 45, *op. cit.*, 27/8/1914 Carta dirigida a los "Srs. Director del establecimiento y médicos de mi pabellón, Flores Elizondo y Valle". (subrayado en el original).

⁸⁷ *Cfr.* Giorgio Agamben, *Homo Sacer I. El poder soberano o la nuda vida: II. El Estado de Excepción; y III. Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*, Valencia, Pre-Textos. El autor hace explícito que lo que denomina "Estado de excepción" se halla referido específicamente a los "campos de concentración" existentes durante la Segunda Guerra Mundial. "cuya constelación jurídica [...] es [...] la ley marcial o el estado de sitio.", siendo imposible inscribirlos "en la estela abierta por los trabajos de Foucault, desde la *Historia de la locura a Vigilar y Castigar*. El campo, como espacio absoluto de excepción, es topológicamente diverso de un simple espacio de reclusión", *Homo Sacer I, op. cit.*, p. 33. En este trabajo, se ha caracterizado al Manicomio como un espacio de reclusión, desde la perspectiva abierta por M. Foucault; si bien espacio de reclusión singular ya que abre la posibilidad de emergencia de una situación jurídica *sui generis*. autónoma de la ley y el derecho, aunque amparada por ellos y, en tanto tal, "espacio" de excepción.

una infancia detenida sin escansión de tiempo, inmovilizada tras los muros del encierro.

De esta manera, La Castañeda se constituyó con toda celeridad en reservorio, en él compartían su suerte niños y adultos; criollos e indios; nacionales y extranjeros; hombres y mujeres; pensionistas e indigentes. Sólo algunos, muy pocos, tomaban el lápiz o la pluma para plasmar en el papel sus exigencias, su ira, su horror, su desaliento.

Hombres y mujeres infames⁸⁸, vidas singulares transformadas en extraños y exóticos fragmentos. Desgracias y avatares sin nombre, sin rostro, sin cuerpo....Escasos y azarosos registros de seres que existieron realmente, cuyas existencias fueron a la vez oscuras y desafortunadas, marcadas por el azar de un encuentro o de un desencuentro, signadas por el pasaje, algunas veces voluntario, del umbral del encierro.

Lo que llega hasta nosotros de su existencia se reduce a los trazos de una escritura, a los rastros de una letra. De sus obras nada subsiste, salvo el diagnóstico médico que afirma su "verdad" clínica con las propias palabras del interno. Infames en todo rigor: locos, delirantes, pobres de espíritu, prostitutas, madres y esposas negligentes, jóvenes y jovencitas descarriados, derivas incomprensibles que transitan por sendas plagadas de sombras en un tiempo que se detiene hasta hacerse muerto.

"Tal es la infamia estricta" – dirá Foucault- "aquella que sin estar mezclada ni de escándalo ambiguo ni de sorda admiración, no conlleva ninguna suerte de gloria"⁸⁹.

Los escritos de los pacientes, a pesar de su escasez, permitirán descubrir el otro lado de la escena montada por el aparato administrativo y clínico del hospital, que fue capaz de semantizar la arbitrariedad y el abandono en práctica clínica, saber y salud pública.

⁸⁸ Michel Foucault. "La vie des hommes infâmes", *Dits et écrits 1954-1988*, Paris, nrf. Gallimard, 1994, t. III, p. 237-253. Cfr. Gilles Deleuze, *Foucault. ... op. cit.*, pp. 126, cita 3; y Jorge Luis Borges, "Historia Universal de la Infamia (1935)", en *Obras Completas. 1923-1972*, Buenos Aires, Emecé Editores, 1974.

⁸⁹ Michel Foucault, "*La vie des....*", *op. cit.*, p. 243.

II. Un decir fuera de la ley

... lapsus de voz sin contexto, citas obscenas de cuerpos, ruidos en espera de un lenguaje que parecen testificar, por medio de un desorden secretamente referido a un orden desconocido, que existe otro.

Michel de Certeau

La Castañeda ocupa todavía un lugar especial en la memoria colectiva de la ciudad de México: se recuerda su espacio, su arquitectura y diseño; se repite, después de un siglo, la imagen que apareció en todos los periódicos de la época, mostrando al Presidente Porfirio Díaz, acompañado por lo más granado de la sociedad mexicana, en el momento de la inauguración del Manicomio; imagen que muestra jardines, huertas y edificios en todo su esplendor, afirmando, así, la entrada de México a "la modernidad". Se continúa narrando y susurrando, hasta hoy, la "leyenda negra" del hospital, los horrores que allí se fraguaban, sus contradicciones y su impotencia. Se han rescatado casos de uno que otro interno, se ha seguido el hilo de alguna de esas existencias que lo habitaron; se han guardado celosamente sus piedras; se ha intentado reconstruir su historia....

La búsqueda que se persigue en este texto es otra. Quiere detenerse en el sacudimiento de esos cuerpos en encierro que aparece reflejado de manera

constante y repetitiva en las entreveradas palabras de los pacientes. Movimiento recurrente, poderoso en que convergen sin dificultad gritos, quejas y demandas; relatos de las maneras de estar juntos, de rozarse día a día, promiscuamente... un decir inscrito en una corporeidad que médicos y autoridades, y aún los mismos enfermos, remarcan, temen y padecen.

Son los soplos de cuerpos anónimos, molestos, contrariados los que busco transcribir aquí; cuerpos que sienten, piensan, se confunden, se perturban y se violentan...

Existe en esos cuerpos, como en cualquier cuerpo, la voluntad y el deseo de escapar del encierro, la invención de gestos para lograrlo¹ y la producción de palabras para nombrarlos, palabras que son ya en sí mismas un gesto... Gestos en los que se agita la esperanza de un futuro lejano, cada vez más lejano; futuro que fue interrumpido por el encuentro, muchas veces azaroso y las más de las veces inexplicable, con un cúmulo de poderes que convergían en el acontecimiento del encierro.

No es posible afirmar que algunas de esas voces se expresan mejor que otras; ni tampoco alegar mayor o menor inocencia, lógica o racionalidad en unas que en otras. Tal como lo propone Arlette Farge², es suficiente que hayan existido y que se haya intentado, por diferentes vías, hacerlas callar para que tenga sentido escucharlas.

Al leer las cartas y escritos de los pacientes, algo ocurre: resuenan cuerpos que susurran sus quejas y dolores; que buscan maneras de alejar el hambre, el frío, el cansancio: de hacer patente su desaliento y también la injusticia; de descargar su rabia y su rencor.

¹ Algunos de los pacientes logran el "alta" por fuga, o bien ya no regresan luego de que se les otorgó un permiso de visita a sus familiares. "Tengo el honor de poner en el superior conocimiento de ud. que ayer a las 11.45 am se fugó el asilado pensionista de 3ra José O. [...] Se supone que la familia protegió la fuga, pues siempre después de efectuada alguna visita, los visitantes entregan a los enfermos y como esto no sucedió ayer, presumire lo que arriba expongo. La fuga fue comunicada a las autoridades municipales de San Angel, Mixcoac y Tacubaya por la noche a la inspección General de policía y se mando a un enfermero a la estación de tren que sale a Toluca para ver si es posible la aprehensión del enfermo fugado". Informe del Dr. Encargado del Pabellón al Director, 25/12/1916. AHSS, FMG, SEC, caja 65, Exp. 45.

² Arlette Farge, *Efusión et tourment. Le récit des corps. Histoire du peuple au XVIII^e siècle*. Paris, Odile Jacob, 2007.

Este archivo que guarda las cartas y escritos de los pacientes muestra las maneras de percibir y sentir que atraviesan esos cuerpos, muestra también el cúmulo de emociones y sentimientos en ebullición, en el momento mismo de su producción y en el efecto de su reflexión; ya que en esos cuerpos se confunden y funden modalidades de afección y modos de inteligibilidad.³

El transcribir las palabras con que esos cuerpos dejan registro de sus percepciones y sensaciones, las emociones que los cruzan y los sentimientos que se encadenan es, también, una manera de hacer evidente la forma en que lo político y la política se inscriben en ellos.

El intento de “hacer historia” a partir de la narración de esas experiencias corporales es, por cierto, algo más que un desafío; se trata de convertir percepciones, sensaciones, emociones y sentimientos de esos cuerpos en roce continuo en actos sociales a observar y relatar y a los pacientes, en actores de una política impuesta.

En la producción de ese lenguaje, los internos inscriben su palabra en una cuenta que no se deja contar; es la voz de los que no cuentan en la cuenta abierta de la sociedad y que exigen y demandan ser contados (de ello sus escritos son testimonio); si bien, esa palabra no tuvo la fuerza suficiente para abrir un nuevo escenario ni construir una nueva escena⁴.

Estos decires, decires de locos, no se leen desde su oposición a la razón sino desde modos de resistencia, de confrontación y, también, de sumisión. Son leídos como las maneras que encuentran los cuerpos hasta alcanzar el rasgo de la letra, formas de(s)preciadas por la institución, los médicos, el aparato

³ Cfr. Piera Castoriadis-Aulagnier, *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Amorrortu, 1997. Para esta autora la psiquis representa desde su mismo inicio, y esas representaciones tendrán estatus diferentes según involucren las sensaciones corporales, la fantasía o los enunciados verbales, dando lugar a tres tipos diferentes de representaciones según el proceso que involucren: una representación pictográfica cuando afecta al cuerpo y sus sensaciones regida por el placer y displacer; una representación fantaseada, o puesta en escena, cuando involucra la fantasía y la producción de imágenes; y finalmente una representación idéica o de enunciado, una puesta en sentido, cuando se relaciona con el lenguaje verbal. Tres procesos diferentes que se suceden temporalmente, aunque la instauración de un nuevo proceso no implica nunca el silenciamiento del anterior, sino que los tres se entrelazan y se superponen unos a los otros y no dejan de funcionar a lo largo de toda la vida. De esos tres procesos, pasados a signos escritos, se tratan los textos de los pacientes.

⁴ Cfr. Jacques Rancière, *El Desacuerdo. Política y filosofía*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1996.

administrativo y judicial, el gobierno y también las familias, instauradas por estas instituciones en zumbido molesto y sin sentido. Sin embargo, no dejaron de manifestarse, de poner en tensión el orden de lo que quería ser calmo, imperturbable, sin movimiento...Las palabras escritas de los pacientes, insuflaron vida al tiempo muerto del encierro; si bien inscritas en un decir que se ubica fuera de la ley del sentido y de la palabra, se abren en testimonio en una doble forma: testimonio de la locura, al cual recurre el médico de la época para refrendar su diagnóstico; y testimonio, al mismo tiempo, de una vida en encierro, en el cual enfoca su mirada esta investigación.

Los pacientes construyen, con palabras, un muestrario de imágenes, figuras y siluetas, que delinean, sin dificultad, la cotidianidad del hospital, el hacer de los cuerpos. Describen, a su vez, el espacio, los ritmos a que se somete el tiempo; ponen en palabras emociones; relatan sentimientos y dan forma a meditaciones y reflexiones sobre el entorno, el país, el mundo, sus propios delirios, la vida y la muerte.

Testimonio de la locura... Testimonio de una vida en encierro.

Al leer este singular archivo, lo primero que aparece es un ruido ensordecedor, un inmenso e insoportable rumor que pronto se transforma en estridencia; por ende, difícil de escuchar. Si se aguza el oído, un cierto sentido comienza a delinearse, se logran percibir diferentes voces y sonidos; se los distingue cada vez con mayor claridad: el caminar apresurado de médicos, de enfermeras y vigilantes; los gritos diurnos y nocturnos, las risas, las injurias, los llantos, los quejidos...los golpes estridentes de puertas que se cierran, el rasgar apresurado de frenéticas plumas que se deslizan sobre un papel en blanco...ruidos que ponen en alerta los cuerpos; y el Manicomio, en ese frenético borronear de los pacientes sobre el papel, es puesto por escrito.

El espacio manicomial se escinde en dos: el de aquellos que hacen un uso febril de la palabra escrita para rescatar su propia voz silenciada por el ruido; y el de los incontables sujetos analfabetos que restan en un abrumador silencio, que

no cuentan con el instrumental necesario para acceder al acto de escribir. Entre ambos, un pulular de muchos otros que utilizan la lengua escrita sólo en fragmentos, que escriben su voz sin dominar la sintaxis del sistema: papel borroneado de "incoherencias", "mal-hecho", mal conformado; testimonio mismo de la locura, dirán los médicos. Y la pregunta surge de inmediato al lector: ¿Se trata de delirio manifiesto, o quizá, tal vez, de un intento desesperado de escribir la voz por medio de unos signos mal aprendidos, no dominados cabalmente?

Ley de la escritura que no se domina, escritos de difícil acceso de un gran número de internos; fabricados, más que con palabras, con sensualidades que realizan el esfuerzo de ser pasadas al régimen de lo escrito; flujos incesantes, repetitivos, con palabra inventadas e inventivas; marcas que naufragan entre la oralidad y los signos escritos.

Esa palabra mal-hecha de aquél que juega con signos aún no del todo aprendidos, atrancada y a la vez fluida, diagnosticada por el médico como palabra delirante, es más allá de lo que podría nominarse delirio una palabra en falta, en fuga, extraña y cercana, al mismo tiempo, al régimen de lo escrito. Palabra en falta que los médicos no entienden, no comprenden; palabra, para ellos, sin juicio, sin pensamiento, sin sentido; doblemente fuera de la ley: fuera de la ley de la palabra, fuera de la ley del sentido.

Palabras escritas en una extraña sintaxis que no han perdido para nada su sonoridad, escritura inhábil en la que resuena el ruido soterrado de cuerpos indignados o profundamente tristes. Los enunciados se pierden, se deslizan, no encuentran asiento en las marcas, en los signos mal-hechos produciendo tan sólo efectos de sentido⁵... pensamientos que desesperan por amarrarse a signos mal-escritos sin encontrar la consistencia del enunciado de una lengua... Son huellas de un paisaje sonoro, que "circulan, danzantes y pasajeras, en el campo del otro".⁶

⁵ En este capítulo se transcriben textos y fragmentos de los pacientes en su ortografía y sintaxis original. En algunos casos, para alcanzar sus "efectos de sentido" han de leerse en "voz alta", sin respetar sus puntuaciones, ya que en muchos de ellos se ha pasado a "cuasi-signos" escritos la sonoridad misma del habla.

⁶ Cfr. Michel de Certeu, *La invención de lo...op. cit.*, pp. 174-176.

Todas estas voces-escritos están dirigidas insistentemente a otro, a un destinatario, son palabras siempre en interlocución, aún aquellas que toman la forma de la meditación, del manifiesto, del alegato, de la lírica o del poema... Y en todas ellas se continúa escuchando, aunque en sordina, los tonos de una voz: bajos y graves para la tristeza, el cansancio, la certeza de abandono, el ajeno y, por añadidura, el propio; altos y agudos para el odio, la rabia, el rencor, la indignación.

AHSS, FMG, SEC, caja 81, exp. 18, enero 1912. Paciente H., Dx Alcoholismo crónico.

Manicomio General, enero 1912

Te escribo con gusto, hoy es día de año nuevo saludandote atentamente, lo mismo que a mi papa, para que se alteren delo que es el mundo; para todos lla que por desgracia me toco; cai en este manicomio tan espantoso para toda lajente. Tu mamacita creeras que estoy en la gloria pero; no estoy sufre muchisimo; porque estar en el infierno; pero asi lo quiso Dios; tu mismo bieron la in justicia de que me sacaran de mi cuarto; con Dos gendarmes para; la cétima de marcación de la que estuve castigado una noche en un ceparo; más otro dial lla me iban á darme, libre, ilo que paso que el doctor de la comiseria cefijo; en mis anillos me quitaron mi reloc i mi cadena que era de oro que me dio M.; ime retitulo; como loco para que me pásaran ál manicomio, con engáno pára perjudicárme ámi mismo; as me esta caridad: mamacita; de lo mucho por mí iaber ci ceten tretan á ti msi cosas por qué es un a busó lo que hicieron cón migo , me qui taron todas mis alajas; de mis manos; i á de más un pededor cón una mánita, i un brillante; muy bueno un bestido el pantalón que med ido P. mi chaleco con mis reliquias, i mi saco con bastantes cosas como mi cartera con cosas, mi rosario, dél pescuesó, con bástantes medallas, buenás qué me regalo C. Mi ermana una medalla del Santísimo Sacramento; i de la divina providencia ide la puricima que me trajo C. mi hermana de la iglesia de santa Cátalina, i una medealla de nuestra ceñora del Consúelo, i una medalla de nuestra señora de la Luz que es muy milagrosa entodo i además áber ciesjus to i con cientodo lo que me pasa á mi paranada ló mismo que amirio de cuéntas de familia con una medalla de Las ijas de mária las mismo que una caja de terciopelo cón tres pares de mán cuernillas unas qué me dio J. el de mi tia L. que son chapiádas en oro, además otras dos pares una de un tronco de caballos i otrade unos bullidos buenso porque a decer gusto qué el gobierno a buce con uno llo no esoty loco ni quiere cer di versión delajente ni que me tengan como un leon amansandome llo mismo les edado prueba a todo doctor iatodos los del manicomio que no estoy les eplanchado asta la ropa aun quieres que iestuviera loco trabaja solo Dios sabe lo que estoy sintiendo pero me conformo conla voluntad de Dios que esto quebale

mucho para mí recibe con gusto esta carta mamá y pídele a Dios: mucho por que me de una buena hora y que me remeditantes dificultades y tanto tropiezos que tiene uno; en esta vida para nada como lo que tengo: todas mis cosas regadas a hora que fue día de año nuevo le pedía a Dios que se acordara mucho de mí lo te prometo que no tomaré vino ni pulque ni nada y cambiar de vida entodo asme el favor de ver por mi ropa que me quitaron porque en mi ropa traigo muchas cosas que valen mucho lo mismo que un por tanto con unas tijeras de doblar y mi reloj; con mi cadena de orro a qui como en este manicomio es del Gobierno abusan mucho y escapan que esta de hambre me muera porque no hay que comer la comida que es una cochinado, bendiceme y sacame pronto de este precipicio antes que me muera pídele a Dios por mí. Porque la salida cuesta mucho trabajo en el cielo nos veremos. Tu hijo. Rúbrica.

Las cartas y los relatos de los pacientes, esos textos autorales de los internos escritos en la impaciencia y el dolor, no son más que retazos de palabras consideradas sin sentido; escritas con los signos de una lengua que, en su gran mayoría, los pacientes no dominan y acompañadas por los diagnósticos y pronósticos de los médicos que alcanzan fuerza de ley.

Estas palabras escritas en la reclusión y el encierro, con sus caligrafías desiguales y sus ritmos variables, (o bien transcritas obsesiva y machaconamente por los médicos en las historias clínicas de los pacientes), quiebran la monotonía clausa de los expedientes y hacen emerger la “otra mirada”, su contraparte: trozos de escritura con un cierto aire autobiográfico que no hacen más que contaminar el discurso clínico, confrontar el decir de los médicos, poner en duda, a su vez, los diagnósticos. La palabra del médico, que quiere ser clínica, objetiva, científica se tambalea, resbala ...

En algunas de estas extrañas y asombrosas enunciaciones, el sentido aparece en toda su magnitud, asombra y golpea en su precisión, en su contundencia, toman la forma de un alegato en que se busca con argumentaciones demostrar el error de los médicos, la manera cínica en que escapan a la ética profesional, la falta de consistencia de sus diagnósticos;

Muy respetable Señor:

Por la confianza que me inspira paso á ponerle al tanto de los injustificables atropellos y sufrimientos de que se me ha hecho víctima gratuita aquí, es el caso que habiendo estado en este establecimiento dos años no me gustó el régimen que había y me convino más el de Tlalpan que yo ya conocía, esto encendió el despecho del Dc. López creo injustificadamente...⁷

Una más:

Sr. Dc. Santamarina:

Muy Sr mio y nó amigo. Me extraña que al poseer un titulo como vos poseis, seasi tan poco digno de vuestro titulo en la Nación del inmortal Juarez. I para probaros las pocas frases qué deajo expresadas os las voy a explicar punto por punto. El doctor qué posee un titulo, debe ser por la razón o por la fuerza, caballero ante todo y luego saber para qué le dio un titulo la nación para tratar el enfermo con toda clase de consideraciones y

⁷ AHSS, FMG, SEC, caja19, exp.3, 27/8/1913. Paciente H. Dx. Paranoia. Carta al Director.

para el no enfermo declarar que no tiene mal ninguno que lo aquege por que si un Ciudadano que posee un titulo atropella las libertades de otro ciudadano entonces que es o que me queda á mi de bien decir de los quéno poseen titulo, como vos (...) Porqué cuando salga de este hospital os he de provar ante un tribunal competente que como medico cirujano no cumplis con vuestro deber y como ciudadano menos. Y dispuesto siempre el dia que gusteis a tener una conferencia conmigo basandosele en la cirugía puedo daros algunas luces ... Tome U. estas lineas como guste Sr. Colega y sabe que siempre en mis procederes e sido honrado. Rúbrica.⁸

Pueden tomar, también, la forma de un Manifiesto, para que se sepa lo que allí ocurre más allá de los límites impuestos por el encierro. Procuran que sean conocidas las injusticias que suceden por la sociedad toda y, para ello, dirigen sus escritos a funcionarios del gobierno, incluido el Presidente de la República:

Los Locos del Manicomio General llamamos justicia y venganza... Sr ¡presidente de la república! Son tales los abusos, robos, inmoralidades de todas clases, las que se cometen en el manicomio general, que ya no podemos soportar un dia más esta situación [...] soy una de tantas mujeres infelices que por desgracia habitamos la casa del terror, o sea la prisión del infame y asqueroso manicomio General que regentean Nicolás Martínez y sus asquerosos y asquerosas mujeres casi todas mujeres de mal vivir de las cuales soy una de ellas, que somos desonradas aquí mismo por los pelados del otro lado, que compran nuestra honra, con una decena de sus miserables sueldo, lo digo, porque á mi misma, se me han hecho más de una vez semejantes proposiciones por los jefes porque según parece soy menos fea que otras...sera esto justo?

[...]

Una loca del Manicomio General. Pedimos libertad y justicia, todos y cada uno de los locos del Manicomio General.⁹

En otras de estas múltiples enunciaciones, no es posible rescatar un sentido claro, preciso, determinado, la palabra no es más que deriva, errancia, contorno:

Mi retiro aquí es voluntario. A la hora que hubiera querido y á la hora que quiera pude y puedo salir definitivamente. Por que si el haberme declarado como

⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 89, exp. 32, s/f. aprox. fines de 1918, principios de 1919. Paciente H, médico cirujano de profesión. Dx. Paranoia/Delirio crónico sistematizado. Carta al médico.

⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 6, exp. 29, s/f. Paciente M. Dx. Histeria/ninphomania de origen histórico; locura circular; psicosis histérica; psicosis maniáco depresiva, consignados en cada nuevo ingreso. Siete entre 1910 y 1931. Carta al Presidente de la República.

Napoleón I, así como el haberme proclamado como el primer emperador de los Estados Unidos y el haberme sostenido en ello, fuera un motivo para que se me considerara como demente y entonces haber sido un obstáculo para poder quedar en libertad; bastaría á que renunciara á esa condición y que quedara como quien era yo antes, para que fuera considerado como de mente normal pudiendo entonces obtener mi libertad. No siendo para mí esto los Campos Elíseos, he decidido aguantarme en el retiro en bien de mi porvenir....¹⁰

En algunos de estos escritos no se vislumbra sentido alguno, atravesados quizá por un sentido oculto y secreto que deja al lector fuera, sin comprensión ni diálogo posible y ante el cual toda lectura fracasa... para ellos sólo resta el diagnóstico elaborado por el psiquiatra: volver esa palabra delirio, imprimirle un sentido, pero esta vez desde fuera, desde el discurso legitimado de la clínica y de la psiquiatría en boga, para integrarlas, así, al orden de los símbolos: al negarles todo sentido, pasan a formar parte del expediente clínico en tanto palabra insensata, testimonio mismo del delirio.

Los médicos toman estos escritos (cartas, relatos, narraciones) como parte constitutiva de la historia clínica del paciente: convertidos en elemento conclusivo del caso, se hacen “ejemplo” mismo de la categoría psiquiátrica con que se los define, para confirmar, de esta manera, el diagnóstico preñado de prejuicios sociales, étnicos y sexistas.

Examínese la carta que con fecha de 23 del mes próximo pasado, dirigió la asilada al administrador de éste manicomio y dígame si se concede reflexión, juicio y discernimiento a quien como A. manifiesta en dicha carta que nota amor hacia ella de parte de aquel señor, que a un mismo tiempo que dá esperanzas de corresponder al afecto que ella supone inspirar lo solicita y lamenta y encarece, casi pone por condición, se guarde reserva si se entablan las relaciones y finalmente dá a conocer que ella tomó la iniciativa indebidamente y quiere una respuesta favorable o no (indiferencia emocional) y no obstante tener, como ella dice, taladrado el corazón por el gusano roedor. ¿se puede pedir mayor carencia de lógica en tan poco espacio? ¿se vé que A. reflexiona en las diferencias de personalidades entre ella y el administrador del establecimiento? ¿dónde están el juicio y el discernimiento?...¹¹

¹⁰ AHSS, FMG, EC, caja 15, exp. 29, 11/10/1914. Paciente H. Dx. Paranoia. Conocido en el Manicomio como “Napoleón Bonaparte”. Carta al Director.

¹¹ AHSS, FMG, EC, caja 16, exp. 8, 3/8/1917. Paciente M. Dx. Locura moral. Estudio psicopatológico realizado por un médico del Manicomio y un médico adscrito al Juzgado para saber si “la presunta rea tiene o nó expedito el uso de sus facultades mentales”. (Cursivas mías).

Si bien, en contrapartida, esas enunciaciones que, al dirigirse a quienes ejercitan el poder y la autoridad, guardan en sus argumentaciones la fuerza de un manifiesto, de una queja elaborada, de un alegato jurídico buscan hacer evidente que la experiencia en el encierro no puede ser leída ni entendida desde la taxonomía psiquiátrica: no son locos –dirán- han sido reclusos cual criminales, tratados como presos, abandonados a su suerte, enterrados en la indiferencia y el olvido.

No loco nadaSi el Sr. Gobernador necesita alguien de mi familia para entregarme, y no lo hace por no tenerla yo en la capital, favor llamar su respetable atención, y hacerle ver, que me encuentro en "el pleno uso de mis facultades mentales – inteligencia clara, enteramente limpia" ... No soy loco, ni puedo serlo tampoco, pues tengo mi cerebro bien casado en mi cabeza.¹²

Una más, entre muchas.

(...) estoy en mis cinco centidos no soy loco para que este aquí más tiempo soy cuerdo y no tengo ninguna enfermedad en el tiempo que he estado no he tomado ninguna medicina ningún tratamiento médico...¹³

Estos argumentos reiterados son tratados por los médicos como prueba, como el “testimonio” mismo de locura. El discurso clínico, con el diagnóstico, doma la violencia de la letra y trasmuta la “verdad” singular del texto en la verdad misma de un síntoma.

En casi todas las cartas y narraciones emerge una escritura y su doble, por un lado se apegan a las fórmulas de cortesía imperantes, a los saberes reconocidos y, en cuanto posible, a las exigencias de la sintaxis de la lengua; y, por el otro, se deslizan hacia los bordes de la escritura, las palabras transitan hacia un

¹² AHSS, FMG, SEC, caja 7, exp. 10, 21/9/1906. Paciente H. Dx. Degenerado Psíquico. Debilitamiento intelectual. Derivado del Hospital S. Hipólito junto con su exp. con cartas previas. Carta al médico

¹³ AHSS, FMG, SEC, caja 11, exp. 72, 2/11/1914. Paciente H. Dx. Paranoia. Demencia Precoz simple. Carta a hermanos. Las fórmulas “en uso de mis facultades intelectuales” y “en pleno uso de mi razón” se transforman en eco insistente en cartas y escritos.

umbral plagado de sombras e incertidumbres en que la reclusión y el encierro las marca y prefigura.

Palabras consideradas fuera de la ley de la palabra y del sentido, nominadas como tal, más que por el “ser” del sujeto que las enuncia, por la condición que esos sujetos asumen en función del lugar preciso de su emisión: el encierro. Palabras, entonces, que exigen mirar de otra manera las relaciones entre el derecho y la antropología, entre lo jurídico y lo psicológico, entre el sujeto de derecho y el yo de la psicología¹⁴; palabras que exigen preguntarse por la relación que ha de guardar la escritura y la memoria de sí, una escritura en que el sí mismo en todas sus figuraciones busca memorizarse, saberse, evidenciar su presencia; en tanto que la presencia del loco como soberano de su memoria es negada tanto por la psiquiatría como por el derecho, el cual se atiene al dictamen emitido por el médico. Escritura que quiere hacerse cuerpo y piel y, no obstante, se insinúa como lugar incapaz de toda totalización para abrirse en estallidos múltiples, sin asidero.

Presagian también una historia que no es más que la ilusión biográfica de un yo abismado. “Por un parte, esa escritura es una exaltación del yo y por la otra es la muestra agobiante de su quebrantamiento y su disgregación”.¹⁵

Esos trozos de enunciaciones que irrumpen en los expedientes como imperativo de demanda, como sobresalto, como grito aún inacabado no logran constituirse en historia de vida: surgen por la exigencia imperiosa de la clínica a fin de que los pacientes se relaten y en esa narración inscriban el momento mismo en que la razón inició su desvío, se lanzó a la deriva¹⁶.

¹⁴ Ver *supra* pp. 45-47 y 55 y sgtes. “Se ha revelado con claridad que [...] no era posible aceptar como garantizadas ninguna de las nociones que las ciencias humanas (de la Jurisprudencia a la Antropología) creían haber definido o habían propuesto como evidentes y que, muy por el contrario, muchas de ellas exigían [...] una revisión sin reservas”, Giorgio Agamben, *Homo Sacer. El poder soberano...op. cit.*, p.23.

¹⁵ Cfr. Raymundo Mier, “Schreber: introspección. negación delirio”, en Revista Tramas. Subjetividad y procesos sociales # 11, Junio de 1997, Dpto de Educación y Comunicación, División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM-Xochimilco, México.

¹⁶ Los médicos exigen a los escasos enfermos letrados que realicen el esfuerzo de narrar por escrito su vida y el momento en que se registraron los primeros síntomas de la enfermedad; esta técnica formaba parte del “tratamiento moral”, elaborado en Francia por Leuret en 1840. Cfr. François Leuret. *El tratamiento moral de la locura*, Madrid, Asociación Española de

Estos fragmentos de relatos de corte autobiográfico no podrían ser leídos desde las manidas historias de vida¹⁷ que entraron en el orden del saber por la vía de la etnografía y la sociología, historias de vida que llevan consigo una clara interpretación: la vida vista como camino, trayecto o viaje, sucesión de acontecimientos con su consabida cronología; la vida, entonces, como un todo con intencionalidad subjetiva y objetiva, dirigida hacia la consecución de un proyecto y al sostenimiento de un yo, al logro de una permanencia y duración.... Y los relatos autobiográficos también como una narración que fija los tiempos y los espacios de ese andar y de sus avatares, en el cual el “siempre” y el “ya” hacen su aparición una y otra vez y producen, con ello, una ilusión de continuidad organizada en secuencias de sentido.

El sentido común sigue exigiendo, a pesar de la literatura¹⁸, que el sujeto se relate a sí mismo cual si fuese una unidad que permanece y perdura. Los dispositivos sociales toman la experiencia de vida como una totalidad única que exige la aparición de un yo irreductible con identidad, del cual se captan una serie de manifestaciones sucesivas que logran tejerse entre sí por medio del relato.

Neuropsiquiatría. Historia, 2001, pp. 227-249 y Michel Foucault, *El poder psiquiátrico...op. cit.*, p. 188 y sgtes. “Es necesario que el enfermo se reconozca en una especie de identidad constituida por una cantidad de episodios de su existencia. [...] esa verdad biográfica que se le pide, y cuya confesión es tan operativa en la terapia, no es la verdad que él podría decir sobre sí mismo, en el plano de su vivencia, sino cierta verdad que se le impone como una forma canónica: interrogatorio de identidad, recordatorio de una serie de episodios conocidos por el médico [...] Es todo ese corpus identitario el que el enfermo debe finalmente confesar, y cuando lo hace debe producirse uno de los momentos más fecundos de la terapia: de no existir ese momento, hay que desesperar de la enfermedad.” pp.189-190. *Cfr.* también Francisco J. Morales Ramirez, *La Apoteosis de la Medicina del Alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la Ciudad de México 1830-1910*. Tesis de Licenciatura en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México, 2008.

¹⁷ *Cfr.* Pierre Bourdieu, “La ilusión biográfica”, en Revista *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la Cultura*, #69 *Autobiografía como provocación*, Diciembre 2005, Barcelona.

¹⁸ Esta idea de la vida como totalidad, unidad y permanencia se mantiene en el sentido común y en las disciplinas humanas, si bien, desde mediados del siglo XX, ha desaparecido con la nueva novela, en que la narración es otra, allí nada significa y la vida se presenta como anti-relato: “el surgimiento de la novela moderna está ligado precisamente a este descubrimiento: lo real es discontinuo, aparece formado por elementos yuxtapuestos sin motivo, de los cuales cada uno es único, tanto más difíciles de captar, cuanto que ellos surgen imprevisibles, sin cesar, sin tino y de modo aleatorio” *Ibidem*, p. 89.

En contrapartida, estos textos colocan al lector frente a un tejido desigual de fragmentos sin trama definida, del que emergen formas singulares y diferentes que resaltan de un fondo construido por vacíos, por profusos agujeros... Los médicos lo remarcan:

Su introspección se encuentra perturbada hasta el punto de no tener sino una idea muy remota de su verdadera personalidad, su conciencia de lugar y de las personas se halla trastornado también, lo cual da lugar a un delirio complejo extremadamente variable, pero siempre disuado (sic) sobre un fondo erótico. Por ejemplo dice que es la virgen maría casada con el arabe Rachid Sahucair, otras veces se ha dicho francesa sin duda sugestionada por su apellido que ella pronuncia a la francesa.¹⁹

Narración de sí que se repite machaconamente en el expediente: una y otra vez deja dicho por escrito el lugar donde nació; quienes fueron sus padres; qué enfermedades lo aquejaron, al igual que a sus hermanos, hermanas y parientes; cómo se llevó adelante el aprendizaje de las primeras letras; los inicios del despertar a la vida afectiva, a los placeres del cuerpo, al sexo, a los deseos; enumera uno a uno todos los trabajos en que se ocupó hasta ese momento... Repetición en la cual, en cada nuevo, aunque viejo y repetido relato, algo falta, algo se pierde, cual si la memoria se fuese vaciando fatigada por la rutina.²⁰

Jirones de vida que aparecen como un estallido en los textos de los pacientes y que no hacen otra cosa que deslizarse de la confesión exigida a la confidencia susurrada: confesión obligada al ser forzada por el interrogatorio hecho por las instancias reglamentadas del poder médico, producida en el inevitable vínculo exigido por la institución y sus rituales entre médico y paciente, vínculo por siempre asimétrico; y confidencia en búsqueda de un oído, del médico, de la familia, de un amigo, de una autoridad... a fin de lograr envolverla en el secreto que se mantiene entre pares, sin la marca ni la presión de lo asimétrico;

¹⁹ AHSS. FMG, SEC, caja 6, exp. 29, *op. cit.*, 3/12/1923. Comentarios del médico realizados en el segundo ingreso.

²⁰ AHSS. FMG, SEC, caja 7, exp. 10, *op. cit.*. En el expediente aparecen 4 relatos de vida, el primero narra detalladamente sus trabajos como empleado ferrocarrilero, el último no son más que frases sueltas sin ilación.

búsqueda incesante de un vínculo afectivo con el otro, donde puedan jugarse las complicidades, los ocultamientos, los deseos, ansiedades y esperas.

Mi querido Daniel:

No obstante que Calipso, -diosa también de mi vehemente silencio- es susceptible de retenerme con sus encantos, aún más de tres años, como Ulises en Ogigia, estoy en peligro de morir de tedio y melancolía (...) Eso no será, si me prestas que leer; o bien si Penélope me da su tela para tejer y destejer "otra cosa" que la supone que tejo (...) Prestame un libro; aunque sea cuentos; no todas las mentiras son amargas (...) para ti un abrazos de tu amigo "fracasado". Rúbrica.²¹

... son también cartas de súplica a la familia, a los amigos, a los médicos, a alguien, no importa quien capaz de rescatar del grito un sentido, de instaurar una escucha, de reconocerles una existencia; de sacarlos, aunque sea por un instante, de la rutina del infierno...

Todas las cartas y relatos se cierran con la rúbrica del paciente. Aparece su nombre y firma como ese "designador rígido" que otorga a un mismo cuerpo una identidad constante y duradera. No escapan al requerimiento social, sus rúbricas emergen como la atestación visible de la identidad de su portador fragmentada aquí o allá por un comportamiento errático, por un desvío; rúbricas que buscan sintetizar en sí mismas las múltiples manifestaciones de un cuerpo que no se distingue ni se diferencia de otros cuerpos dentro de las paredes del encierro, que se funde y confunde con los muchos otros que se rozan allí promiscuamente. Cual si las rúbricas, obsesivamente inscritas en toda carta, en todo relato, en todo petitorio quisiesen dejar huella, indicio indeleble de la presencia de un cuerpo que se sabe capaz, y no quiere olvidarlo, de percibir, sentir, soportar y sufrir la estancia del secuestro.

La rúbrica, entonces, intenta dar materialidad a un cuerpo que vive, que ahí está atravesado por el dolor y el sufrimiento y que se pierde, se abisma en el hacer cotidiano de la institución, en sus días repetidos y sin rupturas, días que el paciente contabiliza sin descanso, a fin de no perderse en un tiempo en suspenso.

²¹ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 45, *op. cit.*, 21/7 /1913. Carta a un amigo.

Los cuerpos parecen ser doblemente tragados, fagocitados por el espacio manicomial: por un lado, han ido adquiriendo rápidamente el rostro de la locura²² que al homogeneizarlos les niega cualquier distinción, cualquier diferencia; y, por el otro, esos cuerpos son diluidos por una escritura institucional que los cerca, por un diagnóstico elaborado por el médico e inscrito en el expediente que les otorga una comprensión totalizante: son inscritos bajo el nombre de una patología que los aleja de toda duda y ambigüedad, propia de los cuerpos. El diagnóstico unifica las manifestaciones multiplicadas del cuerpo y somete a su imperio toda disgregación.

Al paciente sólo le resta su rúbrica, su signo propio con el cual busca desesperadamente confirmar su existencia, demarcar un lugar como propio, dar aviso que aún está vivo, que su cuerpo todavía resiste los embates de un tiempo siempre igual, sin ritmos ni deslizamientos, un tiempo que impide la escenificación de la sorpresa, provocador de ese anonadamiento que sofoca cualquier sorpresa.

De esta manera, el diagnóstico, entrelazado a un nombre y a la imagen tambaleante de un cuerpo, se constituye en veredicto de una vida que no logrará tejerse en historia, cual si de la historia del paciente sólo restara su rúbrica, esa escueta grafía que aún fuerza por persistir.

Callejón sin salida, ya que esa rúbrica que memoriza y asegura la presencia del paciente es, al mismo tiempo y paradójicamente, el signo mismo de su ausencia: "una firma escrita implica la no-presencia actual o empírica del signatario (...) originalidad enigmática de todas las rúbricas (...) Los efectos de firma son la cosa más corriente del mundo. Pero la condición de posibilidad de

²² En los expedientes aparecen retratos fotográficos del paciente realizados en el momento de la internación que permitirá reconocerlos en el caso de que no respondan por su nombre. Pueden existir en algunos expedientes retratos fotográficos realizados en diferentes momentos, especialmente de aquellos internos de larga estadía, en ellos el tiempo de encierro deja su huella indeleble. Al observar los retratos fotográficos, en tanto indicios, nos remiten a otro tiempo de una actualidad mayor que cualquier tiempo cronológico, al tiempo muerto del encierro que cincela su marca en todo cuerpo, en todo rostro, en todo retrato.

estos efectos es simultáneamente, una vez más, la condición de su imposibilidad, de la imposibilidad de una pureza rigurosa".²³

*

El nombre propio del enfermo, el número de expediente que lo hace accesible a la clasificación desde su misma internación, entrelazados, a su vez, con la imagen fotográfica que irrumpe en los expedientes y los denota sin más, se constituyen en el soporte de un cuerpo en el cual se inscriben ciertas propiedades: nacionalidad, raza, sexo, edad. Propiedades que por inferencia les permiten vislumbrar a los médicos, casi con certeza, creencias, anomalías, desviaciones, herencias y estigmas... En todo nombre, en todo retrato, los médicos **ven** surgir, a veces sin atisbo alguno de duda, los rasgos evidentes de una herencia que explicita sin más las rupturas y resquebrajamientos de las tramas normativas y de las formas reguladas de lo social, fabricadas por el paciente en otros espacios y en otros tiempos, y que los médicos no dejan de consignar, una y otra vez, en los expedientes:

El aspecto de la enferma es de una degenerada [...]²⁴

Dx.: presenta facias de alcohólico, su estado psíquico es el del individuo normal y no epiléptico.²⁵

[...] camina con las piernitas abiertas (marca del maniaco)²⁶

[...] el enfermo presenta desaliño en su persona y pobreza²⁷

²³ Cfr. Jacques Derrida, "Firma, acontecimiento, contexto", en *Márgenes de la Filosofía*. Madrid, Cátedra, 1998, pp. 370-371.

²⁴ AHSS, FMG, EC, caja 14, exp. 59. (1910). Paciente M. S/Dx. (La fecha entre paréntesis indica la fecha de ingreso del paciente y de apertura del expediente)

²⁵ AHSS, FMG, EC, caja 14, exp. 52. (1910). Paciente H. Dx. Epilepsia alcohólica.

²⁶ AHSS, FMG, EC, caja 18, exp. 11 (1911). Paciente M. Dx. Psicosis de Korsakoff, alcoholismo infantil.

²⁷ AHSS, FMG, EC, caja 156, exp. 2 (1924). Paciente H. Dx. Cocainómano-heroinómano.

De poquísima cultura, pues pertenece a nuestra clase humilde, ha sido madre e ignora toda clase de detalles relativos a la maternidad... ahora bien, teniendo en cuenta la herencia ya morbosa con que vino al mundo esta muchacha, teniendo en cuenta su poca cultura y menor moralidad [...] se ve claramente que en un fondo degenerado se ha desarrollado primero el alcoholismo y hoy la intoxicación reiterada [...]²⁸

[...] actualmente no se le nota ninguna manifestación demencial, es un indígena que habla mal el español, medio sordo y tonto.²⁹

Por otra parte su aspecto es el de un imbécil con una máscara de asombro³⁰

Propiedades que inmediata e irremisiblemente se asocian a efectos jurídicos: el nombre, el retrato y el número ata el cuerpo a la ley, al tiempo que lo aleja de ella y lo somete a un régimen jurídico-otro, a un espacio de excepción. El diagnóstico nombra el cuerpo, lo desprende de su rúbrica³¹ y de manera totalizante engloba, en una o dos palabras, su pasado, su presente y su horizonte que adquiere, por la fuerza de la palabra, carácter de pronóstico. De esta manera, el diagnóstico se transforma en sentencia y convierte al cuerpo en minoridad y al sujeto en voluntad irresponsable, sin necesidad de requerir para ello procedimiento legal alguno. El diagnóstico, por lo tanto, asume fuerza de ley.³²

Estos textos y relatos siempre firmados que aparecen en los expedientes se acercan a una cierta presentación oficial de sí, en la cual esos seres reclusos en el encierro se exhiben y muestran, cual si el nombre y el cuerpo lograsen

²⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 156, exp. 44, (1924). Paciente M. Dx. Psicosis tóxica.

²⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 129, exp. 19 (1922) Paciente H. S/ Dx.

³⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 186, exp. 43 (1926) Paciente H. Dx. Parálisis General Progresiva de forma demencial

³¹ Tampoco las rúbricas escapan del diagnóstico: "Su rúbrica, según podrá verse en los originales que se acompañan es de un paralítico, clásica, amanerada toda su escritura" (...) escritura que comparada con las primeras, muestra que ha dejado de ser tan amanerada aunque la rúbrica sigue siendo de un paralítico general", AHSS, FMG, SEC, caja 186, exp. 39 (1926). Paciente H. Dx. Parálisis General. Historia clínica.

³² Ver *Supra*, pp. 59 y sgtes.

sustancia por el peso de la letra, por los grafos de una rúbrica y que sólo, por la magia de esa fuerza, la vida pudiese agitarlos.

Pareciera que la letra escrita les insufla vida, ya que es ella la que hace posible que el grito se articule en voz y la voz emerja del silencio para adquirir la manera de una demanda precaria, de una exigencia que se disloca... de una declaración sin más de sus odios y rencores, de sus amores, sus culpas y resentimientos; de sus deseos y esperas... un reclamo insistente de justicia....

Los pacientes escriben febrilmente, como trabajo, labor y tarea; actividad que consiste en construir en el espacio de la página en blanco un texto que busca la exterioridad de la cual han sido excluidos. Es también la búsqueda desesperada de dominio sobre algún objeto; dominio, al menos, sobre una hoja en blanco en la que se fabrica una demanda, una exigencia, se reivindica un derecho. Único dominio posible, pareciera, en ese encierro.

El Reglamento Interno establecía una forma de control de la correspondencia, ya que si bien incitaba a los pacientes letrados a escribir, debía controlarse el contenido de esos escritos, la información sobre el funcionamiento de la institución que podía filtrarse en ellos y el carácter de los destinatarios. Es por ello que el reglamento prohibía expresamente a los pacientes “mandar cartas, escritos, oficios, etc, etc, sin previo conocimiento del médico del pabellón en que están asilados y previo el visto bueno de la Dirección”, de igual manera se les prohibía recibir correspondencia que no hubiese sido revisada por la Dirección³³.

Una forma evidente de censura había sido implantada, tal como lo establecía, sin disimulo, el art. 35: “Las cartas dirigidas al asilado serán entregadas en la Dirección de donde serán enviadas a sus destinatarios por conducto de los Jefes de enfermeros, previa censura, si se juzga conveniente”. A su vez, “Las cartas que los asilados escribirán serán entregadas a la Dirección quien las enviará, si lo juzga prudente, a la Oficina de Admisión. Esta oficina franqueará y enviará a la estafeta dichas cartas”.

Los pacientes saben que, rara vez, las cartas llegan a destino.

³³ Reglamento Interno 1913, *op. cit.*, art. 31, inc. 4º y 5º

Estimado Tocayo: Aprovechando la oportunidad de la salida de un ex Loco te envío esta esperando llegue a tu poder. Con fecha 22 de febrero ppado, te escribí una carta, pero como la mande por conducto del aprendiz de mata locos (practicante) a los pocos días en vista de no recibir contestación no me quedo ninguna duda que a dicha carta no le habían dado curso como es costumbre en esta mansión de orates ¡desde entonces han pasado ya varias lunas! Y en espera de mi próxima salida siguen trascurriendo días y más días pareciéndome increíble hallan llegado a la fabulosa suma de 312 días o sea 7488 horas desde mi ingreso a este lugar. No se hasta cuando durara esto, pues como yo no quiero salir a visita cuando me vienen a ver sino lo que quiero es salir, no estoy enterado de los proyectos de mi familia respecto a mi no me queda mas remedio que aguantarme y aburrirme de una manera horrorosa. En esta carta anterior te suplicaba me enviaras por correo algo que leer y hoy reitero mi suplica afin de que si te es posible me remitas periódicos, revistas o libros viejos que ya no te sirvan con lo cual me hagas feliz, pues sabes lo mucho que me gusta leer. ...Tu amigo que dicen que esta loco y no lo está. Rúbrica³⁴

El Manicomio, por su parte, se comprometía a proveer lo necesario a los asilados para poder escribir, si bien, en caso de infracciones evidentes en que los pacientes lograban obviar la censura, los castigos se hacían sentir de manera inmediata: “serán penados con la prohibición a los asilados de escribir cartas, recogíendosele para ello los útiles necesarios; y a las personas que ocultamente saquen la correspondencia, con retirarles el permiso relativo, sea de visitar a los asilados, o de salir de paseo si fuere uno de esos el que infringiere el reglamento”. Igualmente, prohibía que los pacientes recibiesen “periódicos, libros y novelas”, sin autorización expresa de la Dirección³⁵

Esta carta la estoy escribiendo con muchas dificultades. A los enfermos de Tranquilos B, exclusivamente, no se les permite tener implementos de escritorio en su poder. Esta orden fue emanada así. E.G., un enfermo de Tranquilos B, emparentado con algunos familiares del señor Ex presidente Díaz, ha mandado furtivamente varias cartas inconvenientes (no por conducto del Director) y siempre esas cartas han sido devueltas al Director con queja del destinatario. (...) Para evitar eso, se dio orden de que ningún asilado podía tener consigo implementos de escritorio. (...) Ni un lápiz para escribir. (...) También, todos los días

³⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 112, exp. 8, 6/11/1922. Paciente H. Dx. Psicosis Alcohólica. Carta a un amigo.

³⁵Reglamento Interno, *op.cit.*, art. 35, inc. 13ª, 14ª, 15ª, 16ª y 17ª. Si bien los médicos incentivaban a los pacientes a realizar relatos de sí, cuidaban muy especialmente que los escritos de los pacientes con información que comprometiera el prestigio la institución no llegaran a destino. Sobre ellas se aplicaba la censura.

*salimos al paseo al parque, se nos esculca, para impedir que llevemos correspondencia furtiva?*³⁶

El acto de escribir se constituye en estrategia de vida, en capacidad de sobrevivencia, en memoria de sí, en recuerdo insistente de su existencia. Táctica que trabaja denodadamente contra el olvido, el ajeno en primer lugar, el propio por añadidura.

Un fuerte número de esos escritos asumen la forma de sorprendentes alegatos jurídicos, hacen uso del lenguaje de la ley para reclamar sus derechos y hacer evidente la injusticia a que han sido sometidos en un intento desesperado de alcanzar una escucha. Ya no ruegan ni suplican; demandan, exigen, hacen referencia a constituciones, leyes y ordenanzas con vigencia en el país. Si las propias se obstinan en negarles sus derechos, existen otras, internacionales, otros gobiernos, otras autoridades³⁷... Alguien habrá de escucharlos, en algún lugar habrá un oído que preste atención; en alguna ley, nacional o internacional, habrá un resquicio que haga posible la defensa...

Sr director del Manicomio General. J. Asilado en el mencionado establecimiento ante ud. por su propio derecho expone:

Hechos:

1- que entre otras de las garantías individuales la ley Suprema de la República otorga al ciudadano la del derecho de petición a las autoridades y empleados públicos; estando unas y otros en la precisa obligación de acordar por escrito la solicitud; haciendole saber también por escrito al peticionario e importando la falta de cumplimiento a la predicha obligación las penas que enumera el precepto Constitucional de estado.

2- Que con fecha 13 de los corrientes y perfectamente ajustado a derecho, solicitó de ud por escrito su alta voluntaria; sin que hasta la fecha haya cumplido con el deber de que se hace mérito en el capítulo precedente, acto muy explicable por la supina ignorancia de ud hasta los prolegómenos de

³⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 29, *op. cit.*, 4/5/1913. Carta al Presidente Victoriano Huerta.

³⁷ *"A los reyes Victor Manuel de Italia, Jorge de Inglaterra, Alfonso de España, Alberto de Bélgica, Alexandro de Grecia, Cristian de Dinamarca, Gustavo de Suecia, Flacon de Noruega, Boris de Bulgaria, Fernando de Rumania y la reina Guillermina de Holanda, al regente de Japón Hinojito, a su santidad el papa Pio XI, al emperador de Alemania Guillemos Hohnsoler a los presidentes Callin, Coolidge de Estados Unidos, Albaro Obregón de Mexico, Charles Schuen de Suiza, Sun Yat Sen de China, Alexandre Hillerand de Francia, Alexander de Chile, Eber de Alemania, a Nicolas Lenin Jefe del gobierno Ruso, que an figurado en mi imaginación, les pido por favor alibien mis males que son muchos [...]"*, AHSS, FMG, SEC, caja 129, exp. 25, 26/7/1922. Paciente H. Dx. Parálisis General Progresiva/esquizofrenia paranoide.

derecho; pero ha de advertirte que no esta en el caso de tolerar ésta en su perjuicio.

3- Que por toda respuesta al relacionado escrito se ha concretado ud a recados verbales (chismes de viejas) impropios del empleo de su cargo y totalmente ilegales, por lo que es indudable, no cumple con su deber.

4- Que en virtud de lo expuesto, el producente reproduciendo la petición contenida en su ocurso fechado 13 de los corrientes solicita que se sirva acordarlo en el sentido que le parezca o convenga; pero en los términos legales a que se centra el capítulo 1- de este escrito.

Protesta lo necesario

Mixcoac, septiembre 17 de 1923. Rúbrica.

Al dorso:

Otro si digo: que conviniendome a mis derecho e interés, solicito que se me mande expedir copias certificadas del repetido ocurso de fecha 13 de los corrientes y del papelucho llamada "ordenata" y del presente escrito. Fecha al retro. Rúbrica.³⁸

Las fórmulas jurídicas se repiten incansablemente, una y otra vez. Quieren dejar registro que son sujetos de derecho... Reclaman para sí una existencia, un yo pleno, en "uso de sus facultades mentales", en "sus cinco sentidos", en tanto ciudadanos amparados en la Constitución y en las leyes, exigiendo el respeto a sus derechos...

Ciudadano Director del Gran Sanatorio Manicomio General de la Castañeda

Dr. Jose Ma Palacios

Honrome poner en el Superior conocimiento de ud por conducto del Señor Doctor, encargado del Pabellón de Peligrosos que: En la agresión que fui fui objeto el (11) once de marzo último por parte de los Sr. Dres charlatanes Palacios Garfias y Santamaría, se me recogieron unos pliegos dedicados al ministro de justicia y en esta acción hay plagio. En (4) de Octubre de año de 1912 se le pidió á ud. mi alta por exponente y familia. De suyo conocimiento en la forma debida no han dado oido ni á mi familia ni al que habla. Es un gran crimen, que se pena. En tal virtud insisto y con el presente escrito hago saber que no soy mendigo ni imbecil.

En el pleno uso de mis derechos y mi razón digo que los individuos que tienen memoria, entendimiento y voluntad y cinco sentidos, no estando habitados [por] la embriaguez, alcoholica. eter, morfina, cloroformo (mariguana) marihuana ú otros narcóticos, no son locos ó enfermos de la mente y los diagnósticos son falsos; porque piden aire, agua, alimento, ro[p]a y libertad, trabajo y mujer, salud y vida, ningún poder humano puede apartar su libertad. Agradeceré infinitamente á la colectividad médica, me

³⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 129, exp. 4. Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico. Carta al Director.

dé mi alta, en nombre de los Superiores Poderes de la nación. En lo que recibiré gracia y Justicia. Mixcoac 1 de junio de 1913

Lib. Y Const. que protesto cumplir, en la inteligencia de que si así lo hago la nación me premie y si no que me lo demande. Rúbrica³⁹

Es evidente, para los pacientes, que ese espacio no posee carácter médico ni clínico a pesar de declararse establecimiento hospitalario; posee, por el contrario, un carácter eminentemente policiaco y judicial, que condena y castiga. El manicomio se halla constituido como tribunal supremo que juzga sin descanso, que sentencia y condena Tribunal extraño a todo derecho, tanto nacional como internacional; espacio ubicado fuera de la ley más allá del derecho y; sin embargo, amparado en él, en él cobijado haciéndose vigente. Es también evidente, para muchos internos, que la ciencia médica, en la práctica, hace uso de procedimientos no médicos, sino eminentemente policiacos que asumen fuerza de ley:

Estimable Sr. Director:

Ruego a ud muy respetuosamente considere lo siguiente: Lo que en mi persona se hace es castigar muy duramente falta que no existe y dar a mi mentalidad reconquistada un empujón hacia atrás. El ideal de ésta humanitaria Institución es curar. Un hombre sano, enteramente sano, se enferma de cuerpo y alma si se le agobia con injusticias. ¿acaso se piensa en el mundo de la ciencia que los locos deben ser tratados con injusticia a fin de conseguir su mejoría? ¿se me hace víctima científica?⁴⁰

[...]

La misión de la ciencia médica es curar para matar después? ¿Es debido curar a un cerebro enfermo y matar a una alma que ha probado en no lejano pasado amar a Dios, a la humanidad y que a ocupado sus horizontes en afectos que merecen sonrisas, no golpes alevosos tirados a los cristales que pueden romperse hiriendo a las manos que los prodigan? La ciencia médica ¿debe tocar himnos de triunfo lejos de los hogares y de la sociedad emposonando vidas de seres inocentes y escuchando impávida suspiros dolorosos que arranca un sufrir injusto e ilegal?⁴¹

³⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 68. Paciente H.. Dx. Manía crónica. Degenerado.

⁴⁰ AHSS, FMG, EC, caja 97, exp. 25, 31/1/1923. Paciente H. Dx. Paranoia. Psicosis Reivindicatriz.

⁴¹ *Ibidem*, 19/10/1920.

Intento de los internos de resguardar las huellas del derecho en sus propios cuerpos, de retener sus marcas. No hay derecho que no se escriba en los cuerpos, "...del nacimiento a la muerte, el derecho se *apropia* de los cuerpos para hacerlos su texto (...) los transforma en tablas de la ley, en cuadros vivos de reglas y costumbres..."⁴² Los sujetos, desde su mismo nacimiento, son puestos en texto, transformados en significantes de reglas y normas y al mismo tiempo esas reglas y normas "se hacen carne", se encarnan en ellos: todo cuerpo es siempre dicho, interpelado, nombrado por el texto jurídico.

Pero esta escritura se debilita, se resquebraja al ser re-escritos esos cuerpos por los trazos de la escritura médico-psiquiátrica que imprime nuevas marcas, que vuelve a decirlos, a interpelarlos, a nominarlos desde otro lugar, que les otorga un nuevo nombre, una nueva identidad y los ubica en los márgenes del derecho por medio de la elaboración de un diagnóstico y un pronóstico.

Escrituras incansables y contradictorias sobre el mismo cuerpo, tanto del derecho como de la psiquiatría; tensión, arreglos y componendas entre una y otra, si bien irremediabilmente marcan e inscriben los cuerpos..., y en las inscripciones superpuestas y borrosas de esas señas y heridas escriturales se abren lapsus producidos por ciertos códigos sin impresión suficiente, y desde allí algo irrumpe, algo escapa: una diferencia educada, intolerable, con modales y modulaciones propias del sujeto de derecho, que toma para sí ese discurso y que, al hacerlo propio pero bajo la seña del lugar desde donde se emite, pierde toda eficacia para ser desalojado hacia las zonas sombrías de la ley.

Este discurso de índole jurídica asumido, apropiado por el paciente es vuelto a leer por la psiquiatría y más tarde, siguiendo la interpretación dada por ella, por el derecho. En esta nueva lectura, las palabras de los pacientes toman la forma de "fábula", de un "dicho" que no sabe lo que dice, mentiroso, simulador y falaz, provocando que esas palabras sean extrapoladas por el médico, "citadas", traducidas a otros códigos e interpretadas como palabra delirante, mentirosa e insensata. Manera paradójica en que la lengua de "lo mismo" es tomada por la psiquiatría y el derecho como lengua expresa de "la otredad".

⁴² Michel de Certeau, *La invención de...op.cit.*, p. 152. (Cursivas en el original)

Callejón sin salida para el enfermo, verdadera aporía: su palabra elaborada bajo estrictos procedimientos legales, por esta torsión, se transforma en palabra fuera de la ley y es utilizada por los médicos como testimonio mismo de la locura.

III. Imágenes pese a todo...

El conjunto de textos escritos por los internos en los cuales he centrado la mirada, que hicieron enmudecer intentos de análisis e interpretación y fracasar categorías teóricas, tomaron, en este trabajo, el carácter de testimonio de vidas en encierro.

Testimonio de **una** vida, no ésta o aquélla marcada por un nombre, una historia, un rostro y un cuerpo; sino testimonio de una vida cualquiera, ésta y aquélla que logra en el encierro una "nueva naturaleza"¹; proceso que se inicia en el momento mismo en que un expediente se abre bajo un nombre, con un número que lo identifica, con la fotografía de un rostro y la inscripción de un diagnóstico que otorga, a ese sujeto cualquiera, una nueva identidad. Testimonio, entonces, de una vida atribulada y sometida al encierro.

No a cualquier encierro, sino a "ese" que toma forma singular en el Manicomio General imprimiendo sus señas; de allí que los textos de los internos sólo pueden leerse si no se pierde de vista el carácter de ese encierro. Son textos producidos "en" y "por" el Manicomio General La Castañeda.

¹ AHSS, FMG, SEC. caja 19, exp. 23, 15/6/1920. Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico. "[...] aquí donde llevo recluido Nueve años, tiempo suficiente para formar en mi vida una nueva naturaleza". Carta a un conocido.

Archivo enrarecido por cartas, alegatos jurídicos, manifiestos, relatos de sí, meditaciones... atravesado por afecciones múltiples que lo vuelven desbordante y, por momentos, inabordable, cargado de un dolor tan pesado y denso que se adhiere a la escritura haciéndola insoportable.

Saberes singulares; pedacería sin orden; eclosión de afecciones temblorosas y jadeantes de emoción; sentimientos dispersos y contradictorios, muestrario interminable de maneras de ver y mirar el afuera y de cualificar ese mundo clauso e impositivo.

No es posible aprehender ese archivo en su sentido más pleno, ni encontrar en esos escritos una significación acabada. Resisten al análisis. Se niegan a la interpretación. No queda más que "prenderlos" a la memoria cual si fuesen cuadros que cuelgan de una pared, para mirarlos, una y otra vez, y acercarse a ellos desde la distancia necesaria que exige el ver.

Propuesta, entonces, de aprehenderlos, no desde el orden semántico que los atraviesa, sino desde las imágenes que esas palabras enunciadas, entrecortadamente o en sostenida repetición, ofrecen al lector. Cúmulo de imágenes dispersas que emergen de las palabras escritas, que exigen "levantar los ojos"; imágenes que golpeteaban sin cesar en la sesera del enfermo, cargadas de gritos y alaridos, de olores nauseabundos, de visiones dantescas que los pacientes intentaban desesperadamente transmitir.

Construyen con palabras una textura tejida con metáforas que pintan escenas, **instantes privilegiados**, pensados y penados en el detenido transcurrir del encierro, y que lograron, por la torsión de una mano, la forma de una imagen ofrecida a la mirada, puesta al ver. Imágenes que se recortan a través de la letra – cual si la letra fuese una ventana que obligara ver a través.

Imágenes pese a todo.

Pese a ser provocadas por palabras sometidas al orden de la significación; pese al tiempo que las sepultó en el olvido; pese al orden institucional que decretó para ellas la ley del silencio y que, al lograr escapar de él, emergen saturadas de afectos y temblorosas de emoción. Pese al orden psiquiátrico

que las convirtió en indicio y signo de locura, en expresión de un delirio y que, al fugarse del diagnóstico, surgen como testimonio vivo del encierro.

Cúmulo de enunciaciones que desatan imágenes. Imágenes que emanan de las letras de manera fugaz como un estallido, que quedaron cautivas en esos textos convertidas en espejo de un acontecer pasado que muestra su rostro en la lectura presente. Visión indirecta de lo que sin querer resta, sin la voluntad expresa de los autores de esas letras por dejar memoria de ese hacer y sentir cotidiano dentro de las paredes del encierro.

Acto de escribir transformado, por muchos de los pacientes, en labor, en tarea, en trabajo a fin de hacer menos insoportable un presente que se impone. Reflejos que permiten observar, cual imágenes, los cuerpos retenidos, estremecidos de dolor, tristeza, fastidio, encono, rabia e impotencia.

Muestrario de singularidades, pedacería: un pequeño detalle que irrumpe, imprevisto, abierto a lo equívoco, exigiendo un sentido diferente que no se sostiene en identidades conocidas; una queja, una rabia sorda por un desarraigo no deseado, intolerante, fabricado con normas y violencias que desbaratan lo propio, aún lo propio de la memoria.

Todos los textos relatan, de manera abierta y sin pudor, la historia de un desarraigo, de un destierro, de una ruptura, de un quebrantamiento en el transcurrir ordinario del tiempo; relatan la historia de la sofocación hasta el ahogo de la diferencia, de la singularidad propia; historias de sometimiento fincadas en un "silencio equivoco, uno de cuyos rostros se delinea en la exclusión, el enmudecimiento, la sofocación de la potencia de significación en las voces, creaciones y vínculos de quienes han sido doblegados"².

Estas imágenes repiten el vacío que atribula los cuerpos, vacío que al tomar cuerpo en la letra, se hace concreto, voluminoso como cuerpo sólido, adquiriendo, así, la pesadez de la materia. ¿Cómo dar cuerpo a los cuerpos de esos seres que escriben atormentadamente hasta el delirio? Cuerpos que

² Raymundo Mier. "Los pasajes y el sentido de la historia. Forma, figuración y significación de la errancia". en Amoux, E., Blanco, I. *et al.*, *Pasajes, Tópicos del Seminario*, 17, Puebla, SeS. Benemérita Universidad de Puebla, 2007, p. 95.

flotan en el vacío, reducidos a nada, a una vida que no merece vivirse. No queda más que tomarlos en su presentación evanescente, en su irrupción inesperada, en que más que cuerpos se perfilan como personajes dramáticos de un relato sin lograr forma acabada ni definida, cual resplandor efímero, gesto. Más que personajes son gestos en los que restan resabios de los cuerpos cual suspiros, reflejos luminosos, impulsos fragmentarios, como uno de tantos mensajes que circulan sin conexión por el aparato receptor de “una central telefónica”.³

No se busca dar una única imagen, clausa y cerrada como su leyenda, sino producir un montaje de esos cuadros dispersos, a fin de que adquieran movimiento y, a partir de él, logren, de manera indirecta, la apariencia de tiempo; tejido y entrelazado de imágenes en que una incita la aparición de otra o bien la retrasa, la exige en la espera. Montaje en el que las imágenes dejan de ser fijas para ponerse en movimiento, al provocar ritmos diferentes y superpuestos. Las imágenes caen unas en las otras, saltan, se mezclan, se contienen entre sí, se confunden, se enfrentan y desbordan. El montaje pone a las imágenes en movimiento y produce la apariencia de continuidad y duración, de desplazamientos y tiempos.

Tejido de imágenes que entran, sin intención expresa, en conflagración con nuestro tiempo presente, dando lugar a una zona de pasaje entre el pasado en que fueron escritas y el presente, el nuestro, que es compelido a “levantar los ojos”, a mirarse en ellas. Zona de umbral que al iluminar fugazmente nuestra actualidad nos avisa, cual fantasma que ronda, lo que

³ “...cual si mi mente convertida en aparato receptor, constituyere el centro de una red telefónica por la que varias personas a la vez se comunicaran.” AHSS. FMG, SEC, caja 15, exp.62. 2/11/1910. Paciente H. Dx. Delirio de Magnan. Descripción del paciente sobre el estado de su mente y el carácter de sus alucinaciones. Cfr. Henri Bergson, *Materia y Memoria. Ensayo sobre la relación del cuerpo con el espíritu*, Buenos Aires, Cactus, 2007. “El cerebro no debe ser otra cosa, en nuestra visión, que una especie de oficina telefónica central: su papel es de dar la comunicación o el hacerla esperar”, p. 45. Llamo la atención sobre la metáfora utilizada por Bergson y el paciente; es posible que el interno hubiese incursionado en la lectura del filósofo, o, tal vez, la mente como central de una red telefónica era una metáfora “viva” a principios del siglo XX. Sobre la noción de metáfora Cfr. Paul Ricoeur, *La metáfora viva*, Madrid, Trotá/Ed. Cristiandad, 2001.

aún resta en nosotros de ellas, lo que aún resta de ellas en nuestra propia actualidad.

Montaje [◇]

Este trabajo tiene que desarrollar el arte de citar sin comillas hasta el máximo nivel. Su teoría está íntimamente relacionada con la del montaje. [N 1, 10]

Método de trabajo: montaje literario. No tengo nada que decir. Sólo mostrar. No hurtaré nada valioso, ni me apropiaré de ninguna formulación profunda. Pero los harapos, los desechos, esos no los quiero inventariar, sino dejartes alcanzar su derecho de la única manera posible: empleándolos. [N 1 a, 8]

Walter Benjamin

Cada imagen que se recorta en las palabras escritas de los pacientes propone un cuadro, produce un encuadre⁴, punto de vista singular de un interno, cualquiera, en un momento determinado del transcurrir cotidiano del hospital. Una manera de enmarcar aquello que lo rodea, dejando, inevitablemente, elementos, objetos y situaciones fuera de la visión;

[◇] Se ha pensado la noción de imagen y de montaje desde la propuesta de método de Walter Benjamin, “Apuntes y Materiales, N: Teoría del conocimiento, teoría del progreso”, en *Libro de los Pasajes*, *op. cit.*, pp. 459-490 y a partir de la perspectiva abierta por Gilles Deleuze en sus reflexiones sobre la imagen cinematográfica. *Cfr. Imagen-movimiento. Estudios sobre cine 1 y La imagen-tiempo. Estudios sobre cine 2*. Barcelona, Paidós, 1991 y 1986.

⁴ “Se llama encuadre a la determinación de un sistema cerrado, relativamente cerrado, que comprende todo lo que está presente en la imagen, decorados, personajes, accesorios [...] es el mismo un sistema óptico que remite a un punto de vista sobre el conjunto de las partes [...] puede ser o parecer, ciertamente insólito, paradójico”. Gilles Deleuze, *Imagen-Movimiento*, *op. cit.*, pp. 27 y 31. (cursivas en el texto).

elementos y objetos que subsisten e insisten en la imagen, si bien no aparecen en ellas, son una presencia ausente, un fuera de campo.⁵

Para realizar el montaje, se han entresacado, entre las múltiples y multiplicadas imágenes que los textos delinean, aquellas que se destacan por su luminosidad como “instantes privilegiados”⁶, y que juegan en tanto cortes en “el todo” del Manicomio, un todo espacio-temporal; cortes que se entrelazan y que en su cosido y pegado, uno al lado del otro y/o enfrentados entre sí, dan la apariencia de un todo con movimiento y duración.

Cada uno de esos instantes, fabricados, a su vez, por una o varias imágenes trenzadas, se vuelven hitos que muestran estados afectivos del paciente en el que se aúnan percepciones, acciones obsesivamente repetidas y afecciones múltiples. Una vez realizado “el montaje”, las imágenes dejan de ser fijas para dar la impresión de moverse “a saltos”, cambiando de forma, de intensidad, de tono y naturaleza. En cada salto se cae a un nuevo estado de fuerzas y las afecciones que desatan logran una nueva y diferente intensidad: los internos logran un saber nuevo, se amarran a un nuevo sentido, dan formas insospechadas a los sin-sentidos inexplicables. Los pacientes ya no son lo que eran, pareciera que comienzan a ser agitados por una “nueva naturaleza” que va encontrando su forma. Se registra en sus cuerpos, en los retratos de sus mismos rostros que aparecen en los expedientes, en la nuevas formas de percibir lo ya visto, lo ya oído; las acciones se modifican y las afecciones adquieren otra tonalidad. Es el mismo escenario con otros tonos, con otro uso del claro-oscuro, un manejo diferente del color.

⁵ *Ibidem* . p. 35. “ En un caso, el fuera de campo designa lo que existe en otra parte, al lado o en derredor; en el otro, da fe de una presencia más inquietante, de la que ni siquiera se puede decir ya que existe, sino más bien que ‘insiste’ o ‘subsiste’, una parte. Otra más radical, fuera del espacio y del tiempo homogéneo. Es indudable que estos dos aspectos del fuera de campo se mezclan constantemente.” Se ha utilizado aquí, como “fuera de campo”, la palabra inscrita en los expedientes por otro que el enfermo, sea médicos, personal del Hospital, familiares, autoridades administrativas, judiciales y políticas.

⁶ Se presentan en el texto un conjunto de “Instantes Privilegiados” nominados por enunciados extraídos de los textos de los/as pacientes.

Instantes Privilegiados

◆ *Un umbral se traspasa. El afuera queda atrás: ¿Cómo llegué aquí?*

Una orden del “Gobierno” lo trajo, conducido por un policía de tal o cual demarcación a la que llegó por azar, después de una noche de juerga y borrachera, después de una discusión que terminó en golpes, por alterar el orden – le dijeron, con la mente no muy clara, con el cuerpo desbaratado por la “resaca” que dejó el alcohol.

Lo trajo un uniformado, lo recuerda entre sueños, sin saber muy bien los motivos, sin tener muy claros los detalles, sin saber bien a bien quién propuso conducirlo al Manicomio, y, sin la menor suspicacia, aceptó la oferta; quizá para demostrarle a todos, a su familia especialmente, que no está loco y que los médicos, sin lugar a dudas, lo confirmarán. Todo es confuso, borroso, como borrosos son los recuerdos de un sueño.

*El miércoles 23 de agosto me entregaron una cita de la Presidencia Municipal de esa y ocurri a su debido tiempo en la mañana y otra por la tarde y se me manifestó que les habían comunicado de Tacubaya, que tenía una cita para el Juzgado y accedi en que iríamos al juez por la mañana como te lo manifeste, lo mismo que a R., que me dio el número de su teléfono para que le comunicara lo que ocurriera, de la cita antes referida; me acompañó un oficial en un Ford, que se tenía para asistir a la referida cita, y me manifiesto que primero tenía que pasar por Mixcoac por un asunto y no tuve ninguna dificultad para acompañarlo, y el Ford siguió su camino hasta que llegamos á la casa de dementes de la Castañeda y bajó el oficial y en seguida le dije que si quería que lo acompañara y subimos al edificio pues yo nunca he tenido dificultad en acompañar a las autoridades en sus investigaciones, a donde sea necesario pero yo exijo que se me respete como ciudadano, como mayor de edad que soy y que me impartan garantías [...]*⁷

⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 136, exp. 24, 26/8/1922. Paciente H. Dx Paranoia y delirio de persecución. Carta al padre.

Llega al Manicomio acompañado por un uniformado, sin saber bien a bien bajo qué condición, bajo qué estatus jurídico.⁸ ¿Será un reo?, ¿tendrá causa pendiente con la justicia?, ¿le harán, quizá, un juicio? ¿será este lugar, tal vez, la antesala de la cárcel? ¿qué escribiría aquel médico que lo interrogó en la Comisaría? ¿por qué lo llevan a Mixcoac? ¿No es acaso la Casa de los Locos?

El dos por la mañana fue a visitarme á la Comisaria un médico de baja estatura, traje de chaquet color avellano y media chistera negra. Este señor al referirte que me establecería en México [ejerciendo su profesión de médico] y no cobraría a los pobres, me puso por loco y acompañado de un "policía secreta", me mandó para este lugar á las dos de la tarde⁹

No entiende muy bien cómo llegó allí, - su familia le dijo hasta el cansancio que estaba enfermo, a ella no dejaron de repetirle ni un solo día que estaba loca, que era una loca-; una mañana cualquiera salieron –confiadamente-, a hacer “una diligencia” en compañía del padre; de la madre; del hermano mayor; de su mujer que le suplicaba su compañía; del marido, que hace rato tiene “otra”; del vecino aquel tan cordial; de aquel amigo de correrías, siempre bajo la mirada complaciente y aprobatoria de alguna autoridad, de algún juez. El trayecto se detiene en Mixcoac. Las razones por las cuales se había llegado hasta allí no eran claras, pero –sospechaban-, que los fines perseguidos por la familia, sin duda, eran aviesos.

Ayer fui detenido por orden del Inspector General de Policía e internado en éste manicomio general; como esto constituye un ataque a las garantías individuales ruego a ud interponga su valiosa influencia para que expliquen los motivos de mi reclusión. Estoy dispuesto a probar que mi hermano N desde hace más de dos meses y medio me persigue cohechando a los jueces para apoderarse de

⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 13, exp. 56. Paciente H. Dx. alcohólico. 20 entradas entre 1905 y 1911. La Policía lo encuentra embriagado y lo envía, hasta 1910 al Hospital San Hipólito y, a partir de ese año, a La Castañeda, en que está recluido hasta que se le pasa el estado de embriaguez.

⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 11, *op. cit.*, mayo 1911. Relato a pedido del médico.

*mis intereses. Ud tendrá la bondad de defenderme en este asunto, estando yo dispuesto a pagarle sus honorarios.*¹⁰

Razones siempre confusas, argumentos que no se sostienen; los comportamientos bizarros tampoco ayudan: siempre aparece, de la nada, un buen samaritano que los interpreta como un atentado al orden, a la moral, a la buena educación y a las buenas costumbres:

(..) dice que el día 9 por la noche trató de bañarse y al encontrar el baño ocupado salió a la azotea y se bañó junto al tinaco, que la señora de la casa lo creyó loco y solicitó el auxilio de la comisaría en donde sin que ningún médico lo examinara lo trasladaron a este manicomio.¹¹

Necesitaban días, o tal vez meses, para recobrase del impacto producido al hacer consciente que fueron engañados en su buena fe; tendrán que aprender, de aquí en más, a no confiar, no sólo en extraños y desconocidos, sino también, y muy especialmente, en parientes y amigos.

Salió de Guadalajara con intención de curarse de la vista, solicitando de una persona amiga suya, una carta de recomendación, la cual le fue dada. Al llega[r] a México al hotel del Pasaje, donde entregó la carta, notó que hablaba dicho señor con otras personas por lo que él creyó le querrian quitar el dinero que traía. Pasó enseguida a ver al dr. De regreso al hotel ya lo esperaban unos policías, quien lo llevaron a la 5ta demarcación de donde fue enviado a este hospital, advirtiéndole que el mismo señor para quien iba dirigida la carta de recomendación fue quien lo internó, habiéndole quitado previamente el dinero que traía.¹²

Otros cruzaron el umbral con toda conciencia, por su propia voluntad; llegaron por su propio pie sin requerir de engaño ni uso de la fuerza: alcohólicos irredentos¹³ que volvían al Manicomio una y otra vez,

¹⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 81, exp. 15 (1917) Paciente H. s/Dx. Carta a un abogado.

¹¹ AHSS, FMG, SEC, caja 216, exp. 18 (1927) Paciente H. Dx. No presenta trastornos mentales. Historia Clínica.

¹² AHSS, FMG, SEC, caja 156, exp. 35 (1924) Paciente H. Dx. No tiene perturbación mental. Historia Clínica.

¹³ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 12, 28/11/1913. Paciente H. Dx. Alcoholismo. *Como se tiene sabido yo vine por mi absoluta voluntad sin que nadie me conduciere á este Manicomio*". Carta al Director. Cfr. caja 176, exp. 15, 16 y 17, 26/4/1935. Paciente H. Dx.

presionados por sus familias que penaban durante sus tiempos de “borrachera” y allí permanecían hasta “quedar limpios”, lo que demoraba más o menos tiempo, conforme la disposición de los médicos en otorgarles el alta o la disposición de la familia en solicitarla..., o también reos indigentes que regresaban luego de unos días de “vacaciones” logrados gracias a una fuga exitosa; otros volvían porque ya no encontraban “paz” fuera de las paredes del encierro¹⁴. Uno que otro indigente fingía un ataque epiléptico¹⁵, ante la amenaza de ser arrojado del asilo de pobres en que vivía, intentando procurarse en La Castañeda un lugar donde comer y dormir.

Algunos eran internados, -diría el sentido común-, porque la suerte no los acompañaba: joven trabajadora doméstica, llegada a la ciudad de México desde una ciudad de Provincia, “traída” a la capital para acompañar a “su” señora. Perdida en medio de una ciudad desconocida, sin lograr durante días acceder al nuevo domicilio, es detenida por la Policía; duerme una noche en la demarcación y, finalmente, es “dejada” en el Manicomio, que también, no hay que olvidarlo, es un asilo.¹⁶

Diariamente, numerosos sujetos son derivados y transferidos de una institución a otra: de la Policía al Manicomio; del Hospital General a La Castañeda, del Manicomio a la Cárcel; del Cuartel al Hospital... Nadie sabía claramente por qué habían sido enviados; nadie se preocupaba tampoco demasiado por conocer las razones que motivaban esos ingresos. Ahí

Alcoholismo crónico. 40 ingresos entre 1924 y 1957 “*Pero qué ¿soy yo un borracho consuetudinario que vaya a la casa en mal estado, que injurie, que me vomite, etc.? ¿yo mismo no me encierro luego aunque sea para seguir bebiendo algunos días. precisamente para no andar en la calle?*” Carta al hermano.

¹⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 11, exp. 77. Paciente H. Dx. Delirio de persecución. Siete entradas entre 1907 y 1936. En 1919, “por cuarta vez ingresa voluntariamente al hospital porque afuera siente no lo dejan en paz”. Historia Clínica.

¹⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 155, exp. 8 (1924). Paciente H. Dx. Simulación confesada. Historia Clínica.

¹⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 52 (1911). Paciente M. Dx. no hay psicosis. *Cfr.* caja 55, exp. 35 (1914). Paciente M. s/Dx. “[...] la enferma contesta respetuosamente y con precisión y dice andaba buscando la salida para su tierra y ayer un soldado la llevó a un cuartel y de allí la trajeron. Por lo demás no se nota nada anormal en su conducta. Dice que la creyeron loca porque andaba sola en la calle y buscando la salida para su tierra pues no conoce México y por eso andaba tonteando”. Historia Clínica.

estaban, sin que nadie supiera muy bien motivos ni razones. Algo sí era claro y sobre ello no había duda: cualquiera que llegase al Manicomio estaba obligado a seguir sus rutinas y cumplir su reglamento.

Una misma imagen se repite, una y otra vez, cual si fuese única: cambian los nombres, las situaciones; son diferentes las fechas de los eventos; las firmas de los médicos que autorizan la internación; las instituciones que los derivan...

Una mujer ingresa por segunda vez al Manicomio¹⁷ en 1922, transferida por el Hospital General donde se hallaba internada. Después de pasar varios meses en el Pabellón de Observación, el médico deja sentado en su historia clínica: "La enferma no presenta delirio ni alucinación de ninguna especie, su memoria tanto retrógrada como anterógrada está normal, su juicio y razón son propios de su educación e ilustración, refiere que ingresó hace nueve meses al Hospital General, donde se fue a curar del reumatismo". ¿Por qué fue enviada al Manicomio? ¿Por qué se la admitió? ¿Bajo qué carácter se reabre el expediente, se continúa la historia clínica? ¿Cuándo se le permitirá su salida? Ella no lo sabe, los médicos tampoco. No le resta más que esperar.

Esperar pacientemente que su familia se entere que está allí, que las cartas que envía dando aviso que "aún sigue viva" lleguen a destino, que no dormiten para siempre en el expediente. Esperar que alguien llegue a solicitar su alta al Director, sin importar en qué recóndito lugar del país se encuentren. Esperar, si la demanda ha sido realizada, que el Director pida un informe por escrito al médico encargado del pabellón sobre el estado de su salud mental en el que se especifique que no será un peligro en el futuro, tanto para la familia como para la sociedad. Esperar, una vez que el "alta" ha sido otorgada, que alguien de la familia pase "recogerla" y consienta hacerse responsable de ella. Esperar lo que debía ser inminente, inmediato.

¹⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 3. Paciente M. Dx. Alcoholismo consignado en el primer ingreso. Historia Clínica.

Las esperas podían dilatarse aún más si los pacientes tenían causa pendiente con la Justicia. El 24 de abril de 1920 llega finalmente la esposa de un interno a solicitar su alta, que el paciente espera desde hace ya cinco años. Se le otorga el alta, pero no podrá hacerse efectiva de inmediato ya que el interno había sido remitido al establecimiento, “con fecha 28 de mayo de 1915, por el Juez 4º Auxiliar, quedando a disposición del C. Agente del Ministerio Público”. Nueva averiguación, nuevo trámite, nueva espera. El Director solicita por oficio al Ministerio Público conocer la situación jurídica del interno. La respuesta no deja de asombrar:

En contestación al atento oficio de Ud. B 463 de fecha 5 del corriente, tenemos el honor de manifestarle que en los libros respectivos de esta Oficina del Ministerio Público en turno no existe constancia alguna de que el Juzgado 4º Auxiliar el 28 de mayo de 1915 remitiera acta o causa alguna relacionada con J. L.

Habiéndose pedido informe al Juzgado 4º Auxiliar acerca del asunto, contesta que el referido J. L., con fecha 4 de mayo del año de 1915 fue consignado por delito de lesiones, siendo absuelto el 6 del mismo mes, no existiendo constancia alguna del motivo por el que haya sido remitido al Manicomio. Mayo 12 de 1920.¹⁸

Con el pasar de los días y de los meses, escuchando sin cesar los mismos relatos y cuentos repetidos por los que ya están ahí, relacionando una historia con otra, las dudas de los pacientes se convierten en certeza. Han ingresado al Manicomio por “artimañas”, y allí permanecerán gracias a la complicidad de autoridades, médicos y familiares.

La organización o constitución torpe del Manicomio [...] se presta por ejemplo, a que una suegra, cuñada, o cualquier otro enemigo malo de ese género, minero y caso, abuse y retenga aquí a un “llamado loco”, mediante retribuciones o recomendaciones acerca de su médico jefe de pabellón, en camino de la celebridad facultativa del arte de curar locos, o más bien, de guardartos, valiéndose de “artimañas”¹⁹

¹⁸ AHSS, FMG, SEC; caja 19, exp. 31. Paciente H. Dx. confusión mental delirante.

¹⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 45, *op. cit.*, 23/5/1913. Carta al Dr. Juan González.

◆ *Un expediente, un diagnóstico, una nueva identidad*

El Manicomio produce al interior de sus muros un mundo extraño, incomprensible, bizarro... muchos son los rituales, muchas las rutinas obligatorias; muchas las normas y reglas; muchos los médicos, vigilantes y enfermeras; muchos los hombres y mujeres internos; muchas las prohibiciones, muchos los castigos.

Traspasar el umbral implica la apertura de un expediente bajo su nombre, al que se le adjudica un número y se "le pega" el retrato fotográfico. La vida del paciente, su historia, sus ansiedades y angustias, sus sueños y esperanzas son re-escritos por el médico y encerrados en el expediente dando nacimiento a una nueva historia: la historia clínica.

En ese expediente bajo su nombre se guardan la "ficha de ingreso"; los dictámenes médicos que indican su conducta errática (si es que existen) y el formulario de práctica llamado "interrogatorio" que el paciente está obligado a responder al médico, quien transcribe las respuestas del paciente. Aparición de un nuevo encuadre, el médico delinea al paciente bajo el enfoque de su mirada.

Registra sus datos generales, las señas que lo caracterizan, los intereses que lo mueven, los vicios que arrastra, la herencia que habrá de mostrarse si "hay o ha habido en su familia algún individuo nervioso, epiléptico, loco, histérico, alcohólico, sifilítico o suicida"²⁰. El médico relata los síntomas y narra detalladamente los delirios. El expediente abierto es la evidencia misma de un ingreso cierto.

A partir de aquí, el sujeto se ha transformado en paciente y en tanto tal, ha perdido dominio sobre sí: está sometido al imperio de otros, desposeído de su propia historia, confiscada, a su vez, su memoria y sus recuerdos. El Manicomio se apropia del sujeto, hace de él un nuevo relato, el relato de su

²⁰ Una de las preguntas del "Interrogatorio".

enfermedad mental; le fabrica, entonces, una nueva historia, su historia clínica.²¹

De esta manera, una nueva identidad le será asignada, dada por categorías, estados y diagnósticos. Categoría de pensionistas de 1ª, de 2ª, de 3ª o indigentes, conforme la cuota que parientes o allegados aceptaban pagar (o no) mensualmente o bien a la recomendación de alguna dependencia de gobierno, por la cual podía otorgársele carácter de pensionista sin la realización de pago. Estado de libres o reos, en función de tener o no causa pendiente con la Justicia. Diagnósticos que los convertían en tranquilos o peligrosos en función de la sintomatología.

Diferencia de trato entre unos y otros, entre pensionistas e indigentes, libres y reos, tranquilos y peligrosos. Diferencias en la alimentación; diferencias en el trato; diferencias en las formas de control y vigilancia; diferencias en la posibilidad de gozar de cierta soledad, de contar con un sirviente; diferencias en los cuidados, en la medicación, en los tratamientos a los que eran sometidos.²²

*En el mundo actual la cólera de los pobres estalla en crímenes sin nombre que yo condeno porque se que no es malhechor el derecho y malvado el progreso; pero cuando contemplo abismado que en el Manicomio Gral, solo los ricos, los solventes, los influentes se salvan y que los pobres yacen sin medicinas, y sin abrigos de cama, durmiendo en un montoncito infecto de borra apelmazado por orines y materiales fecales, esperando sin esperanza alguna la muerte, me contagio de tal manera y se me oscurece el cerebro [...]*²³

²¹ No son pocos los expedientes en que se encuentran solamente la ficha de ingreso, con la cual se abre todo expediente, el "interrogatorio" y la partida de defunción que lo cierra. sin que aparezca ningún otro documento ni registro alguno de las observaciones realizadas por los médicos. Cientos de expedientes sin historia clínica. Cfr. Alberto Carvajal, *Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio de La Castañeda*, en *Revista Secuencia*, # 51, *op. cit.*, p. 31 y sgtes.

²² AHSS, FMG, SEC. caja 162, exp. 24, 26/12/1924, Paciente H. s/Dx. "Le he preguntado al sr. Que se relaciona con esto en dónde estoy y me dijo que estaba en calidad de indigente. Te suplico encarecidamente que ya que estoy sufriendo tanto ante la perspectiva de estar entre locos y de ser yo uno de ellos (a la fuerza) quiero que los 5 días de este mes pases a donde se paga 5 \$ diarios. de esta manera no sufrire tanto estare mejor atendido".

²³ AHSS, FMG, SEC. caja 97, exp. 25, 5/10/1920, *op. cit.* Carta al Director de la Beneficencia Pública.

Los recién ingresados permanecían en el Pabellón de Observación hasta ser diagnosticados, tiempo de permanencia variable, podían estar allí varios días y hasta largos meses.²⁴ Una vez diagnosticados eran ubicados en los diferentes pabellones existentes, en conformidad a la categoría y el estado con que habían ingresado y a los diagnósticos y sintomatología presentada: tranquilos o peligrosos.

La ubicación tampoco era definitiva, podían ser trasladados de un pabellón a otro, sea por haberse modificado su categoría por falta de pago; por cambios en los diagnósticos realizados por médicos diferentes; o bien, por ciertos comportamientos agresivos e intentos de fuga, lo que significaba su traslado inmediato al Pabellón de Peligrosos.

A pesar de esos cambios posibles, el ritual de ingreso había concluido, el diagnóstico había sido otorgado y, a partir de él, le era atribuida una nueva identidad: tranquilo o peligroso; indigente o pensionista; reo o libre; paranoico, melancólica o histérica; alcohólico crónico, confuso mental, con delirio de Magnan, demente precoz, paralítico general, esquizofrénico o toxicómano. La lista era interminable, incomprensible; sin embargo, fuese el nombre que fuese dejaba su marca de manera indeleble, con efectos imborrables que los pacientes se negaban a aceptar.

*Pesando sobre mí la inmensa desdicha de haber sido declarado por presunción de locura o enajenación mental, los Médicos, a pesar de mis protestas [...] no han vacilado en caracterizar mi mal como "Paranoia" o "Delirio de Magnan" [...] Alucinación del oído, paranoia o delirio de Magnan, mi conciencia se resiste a aceptarlo; porque con sólo ser delirio es ya medio más o menos disimulado para ameritarme el triste dictado de maniático o loco y despojarme, asimismo, de mi voluntad, del libre uso de mis facultades y responsabilidad de mis actos, no para curar de la enfermedad que me agobia atendiendo con especialidad a mi salud, según cree Ud. quizá todavía, sino para ceder por la fuerza la libertad de mi conducta, cediendo mi razón y mi conciencia [...]*²⁵

²⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 62, *op. cit.*, 11/9/1911. "El enfermo J. M. Ingresó al Pabellón de Tranquilos B el día 10 de junio del presente año, procedente del Pabellón de Observación donde había entrado el día 16 de enero". Historia clínica.

²⁵ *Ibidem*, 3/7/1911. Carta a su tutor.

[...] singularizarme poniéndome un diagnóstico que no me dejará sea tomado en serio por ninguna autoridad.²⁶

Saben, sin lugar a dudas, que su paso por el Manicomio, ya sea por tiempos breves o prolongados, no sólo marca el presente del encierro sino que cierra caminos futuros. Quizá, alguna vez, logren evadir el encierro, pero no podrán evadir el recuerdo de esa estancia indeseada, permanecerán signados por un diagnóstico que ni ellos, ni sus familiares, amigos o conocidos podrán ni estarán dispuestos a olvidar. El diagnóstico los ubicó en la diferencia, los alejó del mundo de la sensatez y la cordura, y a partir del momento en que el diagnóstico existe es imposible borrarlo, olvidarlo; no les quedará más que aceptar, como inevitable, la mirada suspicaz y condescendiente de los otros, no volver ya a "ser tomados en serio".

Procuraba desterrar de mi la poca compasión de que en la calle se supiera que estaba yo en un manicomio, porque había yo dicho a mi señora que de no probar cuando menos que no estaba yo loco "me pegaba un tiro", y que para probarlo recurriría yo a un juez para hacer cuando menos verosímil, por medio de una serie de actos e investigaciones la probabilidad "del fallo", pues no estaba bien que en su porvenir la vida me fuera más difícil en la lucha diaria, en el trabajo a causa de haber estado o estar loco.²⁷

Llevados y traídos de un Pabellón a otro, bajo la observación de médicos y practicantes que elaboran diagnósticos diferentes, que los someten a medidas terapéuticas distintas según la moda y las noticias que llegan de Europa, los pacientes se saben y sienten "animales de laboratorios", objetos de investigación.

E., recluido en el Pabellón de Peligrosos lombrosianos hombres, por conducto del compañero asilado J .M. que esto piensa y escribe en defensa de sus vidas que peligran ante el diagnóstico de presunción que firma cada dc cuando tiene a bien o por capricho traernos de pabellón en pabellón ante ud respetuosamente pedimos: después de retenernos diez y nueve meses de estudiarnos como animales y no como hombres, por el cuerpo de practicantes a cuyo frente se encuentran los dc del establecimiento que ninguna valides tiene, sin el

²⁶ *Ibidem*. 17/11/1910. Carta al Director.

²⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 45, *op. cit.*, 17/11/1910. Carta al Director.

efectivo apollo de la dirección y de la oficina de administración, tome en consideración la alta que lla nos corresponde por ser lla bastantes los sufrimientos y muchas las maldiciones; a que nos obligan la inconsecuencia del funcionamiento maldito de los "estudiantes de medicina" por medio de las reflexiones luminosas de sus cabezas en las nuestras. Ya no es estudio, es juego lo que hacen con nuestros cerebros; es ud. la unica persona que vale y puede reprimir este desenfrenamiento de "hombres" sin conciencia que todavía no lo son; pero que quiere ser más que la fuerza de los principios creadores y que nadie puede desbaratar. En muchos casos los principios se deshacen para hacer los estudios pero no para matar hombres peormente que a los mismos criminales.²⁸

◆ *Saber, Saber, Saber....Necesito saber...*

Los pacientes buscan desesperadamente información, la que fuese y haga posible explicarse el cómo y el por qué del encierro. Saber cuánto tiempo permanecerán allí incomunicados, fuera del mundo... saber qué hacer, qué medios utilizar para lograr que se les otorgue la tan ansiada libertad.... Saber qué intenciones guarda la familia sin cuyo apoyo no lograrán salir, ya que se requiere que alguno de ellos solicite su salida y llegue a "recogerlos". Saber, también, qué razones esgrimió la familia para internarlos contra su voluntad, utilizando engaños, acciones fraudulentas, mentiras...

Necesitan, antes que nada, saber. Sin información se encuentran aún más perdidos, confundidos e impotentes.

No me ha sido posible todabia saber si podré recibir visitas, de manera que en todos estos días esa indecisión ha sido terrible para mi²⁹

Excuso decir lo horrible de mi sufrimiento moral al comprender perfectamente que estaba hospedada en la Castañeda; que tendrá

²⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 216, exp. 19, 25/11/1929. Paciente H. Dx. Delirio de Persecución. Carta al director firmada por los dos internos. (subrayado en el original)

²⁹ AHSS, FMG; SEC, caja 101, exp. 16, 12/8/1928. Paciente H. Dx. Epilepsia. Carta a la esposa.

*huertas, jardines, fuentes, etc, de lo más bello que se desee, pero no deja de ser lo que es: ¡dios mío, dios mío!*³⁰

*[...] quisiera saver como estoy aquí y quien es el que me há mandado conducirme para que me tenga el tiempo que quiera con que derecho no soy imposibilitado puedo y se trabajar.*³¹

*La sorpresa que me hayan traído al manicomio fue para mi muy grande espero que no lo vuelban a hacer.*³²

*Debido á la sorpresa y la cólera que me produjo el proceder de los que me trajeron se me exitaron de tal modo los nervios que sufrí un ataque al cerebro, el primero en mi vida de 66 años que tengo y en el cual no solo los demás, sino yo mismo comprendía quedar enajenado, es decir, con mis facultades racionales perdidas, y tal vez para el resto de mi vida*³³

*[...] suplico me hablen con la verdad cuanto tiempo me tienen que tenerme aquí.*³⁴

*El suscrito, con la debida decencia y cortesía suplica atentamente al Sr. Doctor Ernesto Gonzalez Tejeda le permita ver el escrito con el cual fue traído por engaño a este establecimiento el 25 del mes de mayo del año actual estando firmado por los señores [...] Presidente y Secretario del Ayuntamiento de Tampico él cual se encuentra archivado en la oficina de servicios Generales o en su defecto le permita sacar una copia para arreglar lo conducente a su salida.*³⁵

Saber también qué piensan los médicos, qué diagnósticos les adjudican, qué tratamientos les quieren aplicar: ¿inyecciones de sulfato de estricnina durante el día y ergotamina en la noche, para rechazar el alcohol? ¿baños de inmersión durante una hora diaria? ¿sugestión?, o tal vez, ¿persuasión?

³⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 65, exp. 40, (1916). Paciente M. Dx. confusión mental. Carta al médico.

³¹ AHSS, FMG, SEC, caja 11, exp. 72, *op. cit.*, 2/11/1914. Carta a la hija.

³² AHSS, FMG, SEC, caja 43, exp. 16, julio 1915. Paciente H. Dx. demencia precoz simple. Carta al hermano.

³³ AHSS, FMG; SEC; caja 174, exp. 33, *op. cit.*, 17/5/1925. S/Destinatario.

³⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 16, exp. 10, (1911). Paciente M. Dx. psicosis alucinatoria de origen alcohólico. Carta al primo que la internó.

³⁵ AHSS, FMG; SEC, caja 145, exp. 46, 13/11/1923. Paciente H. Dx. Delirio sistematizado. Carta al Director.

Saber por qué han sido encerrados, incomunicados con el exterior, abandonados a su suerte, sin explicación y aún más, en muchos casos, sin tratamiento, sin medicinas, sin haber pasado nunca a consulta con el médico.

Ante el silencio obstinado de autoridades, familiares y médicos, están bajo el dominio de la situación de encierro, sometidos a él sin conocimiento ni comprensión. Al no saber “a qué atenerse”, la incertidumbre les impide cualquier acción. ¿Qué hacer? ¿a quién dirigirse que sea capaz de escucharlos? ¿A la familia, una vez más? ¿al Director del Hospital? ¿a los médicos? ¿Cómo modificar una situación que tiende a fijarse en estado?

La sensación de sorpresa comienza a desaparecer lentamente; ante un silencio obstinado lo sorprendente se vuelve cotidiano, una cotidianidad que es imposible creer, cual si se viviese un mal sueño, una pesadilla de la cual no es posible despertar.

◆He visto tanto

El maltrato físico y verbal era moneda corriente en el hospital, las condiciones mismas de funcionamiento se convertían, para los pacientes, en evidente maltrato y de ello quedan registros en sus cartas y relatos, ya sea ante el pedido a la familia de una camisa, un pantalón, un par de zapatos porque andan casi desnudos³⁶, llenándolos de pena y vergüenza³⁷; de frutas, comida o algún dulce, “un pollito” o dinero para comprar algo que comer porque el hambre los ronda³⁸; una frazada, un abrigo que no cuelgue

³⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 23, exp. 58, 8/11/1916. Paciente H. Dx. Paranoia. “Estoy casi desnudo, -y no se me deja que salga a México, -para -procurarme lo que necesito”. Carta al Gral A. Obregón.

³⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 81, exp. 27, 15/1/1918. Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico. “[...] y el resto me lo envíen por un jiro para comprar un pantalón por que mi ropa se ensusio en el camino y aquí me la labaron en maquina y quedo enteramente arapienta, motivo que me da bergüenza ir con los compañeros de aquí”. Carta al Secretario de la Unión de Caldereros Aprendices Mexicanos.

³⁸ AHSS, FMG, SEC caja 210, exp. 6 (1927). Paciente H. Dx. toxicomanía/heroinómano. “Favor de mandarme un poco de dinero y algo de comer pues terminado el tratamiento

desperdiciado en el ropero de la casa, cuando aquí *"hace mucho frío"*³⁹; un peine para piojos; un lienzo para tapar la cabeza porque han sido rapados⁴⁰; cubiertos y vaso ya que *"desde que llegué no he probado nada... Si acaso me voy a quedar algunos días más te suplico me traigas cubiertos y baso pues de otra manera me da mucho asco tomar alimentos"*.⁴¹

Las condiciones del hospital se deterioraban día a día. El deterioro comienza a registrarse casi inmediatamente después de su inauguración: escasez de alimentos; escasez de ropas y vestidos para los internos; escasez de ropa de cama que no "se cambian" con frecuencia, si es que camas y colchones hay suficientes o se pueden utilizar; escasez de medicamentos; escasez de personal; escasez de médicos; escasez de espacio, el número de internos no hacía más que aumentar. Junto a ello, rutinas incomprensibles; todas nuevas, extrañas, desagradables, obligatorias, imperativas... Un tiempo que corre sin sentido.

Les resulta muy difícil, no sólo asimilar cambios y rutinas a la que estaban sometidas sus vidas cotidianas, sino asimilar la comida que se servía cada vez en menor cantidad y su calidad dejaba mucho que desear...

El alimento actual que tengo, es este: Desayuno –agua teñida con café y con leche, unos pocos de frijoles y dos piezas chicas de pan. Comida- un poco de caldo (casi agua cruda) un poco de sopa de arroz, un poco de carne (un pedacito de carne de rancho) muy pocos frijoles y pieza y media (chico todo) de pan. Todo el alimento está mal

tengo mucho apetito y carezco hasta de cigarrros. Cualquier día y hora se recibe lo que mandes". Telefonema al hermano.

³⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 129, exp. 4, *op. cit.*, 10/17/1923. *"En este 'Matadero General' se siente un frío polar, que me es muy dañoso porque me produce tos y estoy lacrado de los pulmones desde la bronconeumonía, que padecí; por lo que quiero que me hagas el favor de mandarme un abrigo o un sweater"*. Carta al hermano.

⁴⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 123, exp. 41, 20/12/1921. Paciente M. Dx. Alcoholismo. *"[...] que me haga el favor de comprarme unas medias corrientes y un metro de perdal negro como me pelaron por la mañana tengo mucho frío"*. Carta a una amiga; y AHSS, FMG, SEC, caja 245, exp. 35, 28/8/1929. Paciente M. Dx. episodio melancólico. *"Mamacita no te aflijas, que yo estoy bien [...] también te digo que ya entre á la moda de las pelonas pero si estoy rapada, desde que entre me pelaron."*

⁴¹ AHSS, FMG, SEC, caja 162, exp. 24, *op. cit.*, 26/7/1924. Carta a su madre.

*condimentado y causa repugnancia (...) Cena: un poco de arroz, unos pocos de frijoles, el café y pan descriptos.*⁴²

*Tomo por alimento un caldillo viscoso, carne con nervios y una sopa aguada y una porción de carne que no es la del reglamento.*⁴³

El hambre ronda y se impone. Escasa cantidad de comida, fuertes diferencias entre lo que se les da de comer a pensionistas y a indigentes⁴⁴; si bien todos, sin importar categorías, penan por su sabor desagradable, su falta de condimento, su mala calidad.

*[...] estoy un poco contrariado por no poder comer tan mal condimentados alimentos pues que ni á fuerzas los he podido pasar en uno que otro día.*⁴⁵

No falta algún interno que intente sobrellevar el ritual alimenticio con una cierta cuota de humor e ironía.

*La sopa aguada que lujosamente, casi por regla general, quiere ser tallarín, se compone en realidad de letras, estrella, fideos gruesos y delgados, y no se que otras figuras geométricas en una sola mezcla, flotando en un caldo raro de sal y color, no la como; y la de arroz, pongo por testigo hasta los enfermos de imbéciles de ambos sexos, es una tortilla húmeda sin sabor que aun ala vista repugna, a los otros platos los veo con el rabo del ojo, salvo a los frijoles que no veo de ninguna manera, por temor de que indigesten sin comerlos*⁴⁶

Lo cual, sin duda, ocurría:

*...con estos alimentos me pongo muy mal del estomago.*⁴⁷

⁴² AHSS, FMG, SEC, caja 23, exp. 58, *op. cit.*, 8/11/1916. Carta al Gral A. Obregón.

⁴³ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 68, *op. cit.*, 2/9/1912. Carta al Director.

⁴⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 38 (1911) Paciente H. Delirio sistematizado. Psicosis histórica. "Estoy entre enfermos que no me dejan comer ni dormir y además la alimentación como indigentes es bien mala para mí.[...]permíteme útiles de aseo, jabón, etc., ropa de cama, una tasa y un plato y todo lo que puedas de comer". Nota a la familia.

⁴⁵ AHSS, FMG; SEC, caja 17, exp. 6, *op. cit.*, 12/8/1911. Carta a los hijos.

⁴⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 45, *op. cit.*, 24/5/1911. Carta al Director.

⁴⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 72, exp.14, 3/4/1920. Paciente M. Dx. Psicosis maniaco depresiva/demencia precoz hebefrenica. Carta al hermano.

Los ruidos eran múltiples, estridentes, insoportables; imposible lograr allí la paz y la tranquilidad imprescindibles para recobrar la salud; atentan contra el reposo anhelado. El lugar se volvía inhabitable.

Los gritos, risotadas, imprecaciones y juramentos de vigilantes y enfermos, capataces o locos, se confunden a toda hora crispando los nervios y ahuyentando por la noche, de quien tenga como yo, la desgracia de presenciar tan espeluznantes escenas, el sueño. Estas luchas y vociferaciones, ese aparato de fuerza y amenaza han llegado a ser para mí una pesadilla; perseguido día y noche por semejante obsesión.⁴⁸

[...] quiero merecer de ud. su reconocida amabilidad se sirva ocuparme en algo en sus servicios generales, pues me es del todo imposible seguir habitando en este Pabellón en donde tantos alardos, crueles y penas sin límite me hacen que mi alma salirme lágrimas llenas de desesperación día y noche. Sirvase usted hacer algo a mi favor, y hara usted un gran acto humanitario.⁴⁹

Los cuerpos estaban compelidos a rozarse de manera constante, sin interrupción; si bien separados por sexo, se les obliga a dormir en el mismo espacio, hacer uso de los mismos comedores, los mismos baños, los jardines y huertas; se hallan sometidos a las mismas rutinas, los mismos horarios... No existe lugar donde gozar de la más mínima soledad, de una minúscula privacidad; están siempre expuestos a la mirada y al roce de otros, de muchos otros. Imposible aislarse en búsqueda de paz y tranquilidad. Paradoja de los espacios de encierro que buscan separar a los sujetos del mundo del afuera para someterlos a un mundo concentracionario donde los cuerpos son compelidos a rozarse de manera continua, promiscuamente, día y noche.

Mi ánimo se abate, se enferma y se aniquila al tener que tratar quiera o no, con invalidos de pensamiento que me muestran a diario dolores, blasfemias, lágrimas, gritos continuados de día y de noche, llagas, amenazas a puño cerrado y extravíos cuya contemplación desgarran mi alma que, en exhalaciones piadosas interroga a los cielos

⁴⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 62, *op. cit.* 3/7/1911. Carta a su tutor, transcrita por el médico.

⁴⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 23, *op. cit.* (1912). Carta al Director.

y en convulsiones filosóficas acusa a los hombres que mi patria ha puesto en frente de caros y santos intereses.⁵⁰

Presencia demasiado presente de otros cuerpos, peso de una corporeidad que abrumba y que, al mismo tiempo y paradójicamente, los torna indistintos, semejantes, sin diferencias; los vuelve uno y el mismo en la mirada del médico, en la mirada de la institución. En ella se diluye y pierde toda diferencia, se sofoca toda singularidad; sean diferencias de clase, de profesión, de educación... diferencias que habían distinguido a los internos en el afuera; deja, también, sin eficacia las capacidades de mando y autoridad que alguna vez habían gozado en el exterior por razones económicas, sociales o políticas. Sometidos los pacientes al reglamento, a la autoridad de directores, administradores, médicos, enfermeros, cuidadores y vigilantes sin discusión, son compelidos a "igualarse" con "pobres", "pelados" e "indigentes". Situación insostenible para algunos, jamás imaginada, profundamente humillante.

[...] no quiero estar revuelto con indigentes.⁵¹

Otro de los motivos porque no estoy contenta aquí es porque hay algunas personas de la clase media muy mal educadas y que me molestan mucho (...) Te pongo en conocimiento que gracias a Dios y a la comunicación que le puse al Ministro de Gobierno ya desocuparon la planta alta en una parte de la planta baja, un grupo considerable de indias y mujeres de clase media que estaban allí molestandonos y dandonos una guerra insoportable.⁵²

[...] como debes comprender no es lo mismo estar en su casa que en casa ajena y mucho menos como aquí que no tienes una idea lo que se mortifica uno con las Compañeras enfermas, pero mientras no vienen por uno tiene uno que sobrellevarlas sino es peor la vida.⁵³

⁵⁰ AHSS. FMG, SEC, caja 97, exp. 25, *op. cit.*, 8/8/1929. Carta al Director.

⁵¹ AHSS. FMG, SEC, caja 20, exp. 20, 3/2/1915. Paciente H. Dx. Alcohólico. Carta al padre para que le pague pensión de 2^a.

⁵² AHSS, FMG, SEC, caja 6, exp. 15, 26/6/1913. Paciente M. Dx. Parafrenia / esquizofrenia Paranoide / manía crónica. Carta al marido.

⁵³ AHSS, FMG, SEC, caja 6, exp. 27, 22/1/1918. Paciente M. Dx. Locura intermitente / Psicosis maniaco-depresiva. Carta a la hija.

[...] mucho se lo agradecerá quien positivamente sufre tanto en este encierro catecúmeno, rodeado de decrepitos, enajenados, sucios y entretenidos.⁵⁴

Tampoco es fácil observar impávidos el deterioro de ciertos internos. Se convierten, ante sus ojos, en una verdadera amenaza, en el reflejo mismo de aquello que puede advenir.

Esto me causa espanto porque en los desgarradores cuadros que muestran mis compañeros veo el provenir que se me espera y tales contemplaciones sin distracciones sin trabajo algunas veces sin visitas, ante un mundo donde hasta el sol me parece cosa de otros planetas, donde he vagado en sueños, son huracanes que apagan la lámpara de mi cerebro y que vuelve a encender la Providencia, quizás para que pueda pedir amparo, no solo para mí sino también para otros, que se encuentran en el mismo caso que hoy respetuoso y esperanzado expongo.⁵⁵

Imprescindible, entonces, poner distancia, alejarlos en lo posible de la visión, diferenciarse de ellos, considerar que todo acto represivo para someter a ese tipo de enfermos es válido, es correcto.

Ho Dios mío, no se cómo que palabras dirigiros mis más fervientes gracias por haberme vuelto el sentido común, la razón y la voluntad, pues habeis fortificado las potencias de mi alma la que llora horrorizada los crueles desperfectos de los que sufren los enajenados de sus sanas ideas perdiéndose el respeto a sí mismo y a los demás pues les da por querer hacer lo contrario a lo que prescribe la sana razón y ofuscada su mente cometen actos muy inmorales usando lenguaje soez observo sin darse cuenta de ello tratan de cometer un desorden y algún superior o vigilante del Establecimiento se lo evita, el enajenado quiere hacer lo que le dicta su voluntad enferma y a bien que se le contenga por la fuerza, el ataca a sus superiores recibiendo el castigo que se merece. Por otra parte es tan brutal la pérdida de las potencias del alma que hasta el sentido del gusto han perdido, unos comen tierra sucia, otros huesos de fruta y cáscaras y hay uno que conserva gran número de parásitos los que con todo gusto recoge de su ropa para comerselos; y los que menos maldicen de sus familias o tratan de insultar a los demás.⁵⁶

⁵⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 23, *op. cit.* (1912). Carta al Director.

⁵⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 97, exp. 25, 5/10/1919, *op. cit.* Carta al Director.

⁵⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 174, exp. 33, *op. cit.*, 17/5/1925. s/destinatario.

Necesidad de tomar distancia, de alejarse.

[...] *subdividir los Pabellones de tal manera que estén separados los enfermos tranquilos ó buenos- de los molestosos ó de mala indole, hasta con entradas distintas y aun cuando solamente sean con alambradas [los alcohólicos] generalmente son traidos aquí porque no los aguantan en sus casa y resulta inhumano que tengan que aguantarles los enfermos*.⁵⁷

El maltrato físico, los golpes y agresiones directas a los cuerpos tampoco podían faltar, sin distinción alguna entre pensionistas e indigentes, hombres y mujeres... *“Les manifiesto que estoy muy mal algunos vigilantes (...) se valen de la ocasión que uno esta privado de libertad lo tratan a uno muy descaradamente como si no pagara*.⁵⁸

Alguno que otro pariente, hijo, hermano, madre⁵⁹ se atreven, una que otra vez, a presentar una queja formal a la Dirección... Recibirán como respuesta las frases por siempre hechas trasmutadas de sentido común: los locos exageran, están siempre fuera de toda verdad, imaginan... dan valor de realidad a sus pensamientos, fantasías y alucinaciones...

Una que otra vez, las autoridades del Hospital realizan algo semejante a una averiguación⁶⁰, muy especialmente cuando la queja ha llegado a las

⁵⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 3, *op. cit.*, 5/11/1913. Carta al director.

⁵⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 11, exp. 72, *op. cit.*, 2/11/1914. Carta a la familia.

⁵⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 176, exp. 35, Agosto 1925. Paciente H. Dx. Parálisis General Progresiva. “El domingo 9 de agosto día en que se cumplía un mes de observación y que podíamos visitar a nuestro enfermo, me presenté y cual no sería mi sorpresa al encontrar que de la ropa que llevaba tal como su traje, sombrero y zapatos, no los tenía sino que iba vestido con un calzoncillo y una camisa de manta sin zapatos y bastante quemado por el sol y con señales de golpes contusos en la nariz y partes del cuerpo [...] Esperando de su buen corazón y estricta justicia sabrá ud remediar la situación en que se halla nuestro enfermo para que cese el mal estado de abandono que existe al interior del plantel”. Carta de un familiar al Director.

⁶⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 11, exp. 39, 3/12/1912. Paciente H. Dx. Epilepsia. “Tengo el honor de comunicar a Ud. que el asilado N.N. se queja que el vigilante G.F. lo maltrató y le pegó, presentando éste, una herida en la mano derecha y un golpe en el brazo del mismo lado, siendo éstas de poca importancia”. Memorando del Enfermero 2º al Jefe de Enfermeros. Se consigna al vigilante por maltrato según el oficio A-389 del 3/12/1912. Es éste uno de los pocos casos de consignación de un vigilante por maltrato registrados en los expedientes.

instancias de gobierno, a la Beneficencia Pública o a los periódicos⁶¹. Averiguación siempre infructuosa; rara, muy rara vez, se encuentra al responsable de la agresión: ha debido ser, con toda seguridad, algún otro loco excitado que el personal de vigilancia no pudo controlar, o bien han llegado ya, de la Comisaría, la cárcel o cualquier otra dependencia de donde fueron derivados, con lesiones evidentes que el médico olvidó consignar en la historia clínica después del examen físico de práctica durante el procedimiento de ingreso...

Es costumbre también, ante la denuncia hecha por un paciente al director o al médico del pabellón, realizar el "careo" del paciente denunciante y el empleado señalado, sea practicante, enfermero o vigilante. De manera repetida, (cual si fuese una suerte de ironía), los pacientes "no son capaces" de mantener su denuncia, o bien, ya "no reconocerán físicamente a aquél o aquélla que han denunciado"⁶²; a veces, con cierta necedad, se sostienen en lo dicho, pero, a pesar de ello, no serán objeto de creencia, sin duda es mentira o simulación y, puestos bajo presión, finalmente confesarán la falsedad de sus declaraciones.⁶³

⁶¹ AHSS, FMG, SEC, caja 166, exp. 30, 8/11/1924. Paciente H. Dx. Alcoholismo. "Los periódicos El Universal y El Demócrata del día 7 de noviembre de 1924 se ocupan de una manera escandalosa de la muerte de un enfermo que ingresó a este Establecimiento, el día 3 del presente llamado P.R. y que falleció el día 5 es decir 48 horas después de su ingreso (...) apareció [en la autopsia] que tenía 3 costillas fracturadas y aunque esta no fue la causa de su muerte, sino un ictus congestivo [...] y como en la hoja de interrogatorio no se asentó en la parte del examen físico nada respecto a la fractura de costillas, lo que me hace suponer que por el estado de excitación en que ingresó este enfermo pasó inadvertida esta lesión [...] no hay responsabilidad alguna de parte del establecimiento siendo que según que al ingresar este enfermo ya tenía esas lesiones". Carta del Director al médico que admitió al enfermo.

⁶² AHSS, FMG, SEC, caja 6, exp. 29, Septiembre, 1924, *op. cit.* Historia clínica.

⁶³ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 38. (1911) Paciente II. Dx. Psicosis maniaco depresiva por degeneración. Debilidad mental degenerado. *s/f* [El enfermo llega con excoriación en la piel] "Interrogado el enfermo sobre el origen de estas lesiones dijo que antier en la mañana por no haberse levantado a tiempo fue golpeado por el vigilante H. S. interrogado este a solas y en presencia del enfermo dijo ignorar lo que le había pasado al pensionista M.B. Y negó ser el causante de estas lesiones, aunque el enfermo sostuvo que la había dado de patadas. En el contrainterrogatorio el enfermo confeso que quiso defenderse y le tiró un golpe en la cara, pero no lo alcanzó [...] Se le nota un ligero matis azulado en la piel del párpado derecho [...] Lo seguiré observando por varios días para ver si persiste o se disipa la pequeña mancha sospechosa." Nota de Enfermería.

De esta manera, la denuncia expresa se transforma en una prueba más de locura: lo que denuncian es, por principio, improbable; por lo tanto, a falta de pruebas, no existe verdad alguna en lo afirmado. Las acusaciones del paciente no son más que el resultado evidente de una imaginación exaltada, una actitud “propia de este tipo de enfermos”, común en cualquier “perseguido-perseguidor”.

Ciertos vigilantes, que los pacientes señalan como responsables de agresión, “*cometen los grandes atropellos con los pobres asilados sin que lo molesten*”, los persiguen a patadas y punta pies y “*le siguen a bofetones*”... Cuando a un epiléptico le da un ataque “*les dise desgraciado nomas te ases y punta pies y rodiyazos es una tristeza*”; no les sirven su comida, se la tiran encima ... y, si está caliente, se la echan en la cara o en las manos.⁶⁴

En ciertas ocasiones, el paciente reconoce el maltrato, en primera instancia, porque algo ocurre en su cuerpo: ciertas “dolencias en la cabeza”, “dolores agudos en un costado”, que más tarde, enviados a la enfermería, son diagnosticados esos síntomas, por el médico encargado de esa sección, como “golpes” en la cabeza o una “costilla fracturada”⁶⁵. Esto sucede, las más de las veces, cuando ingresan al Manicomio alcoholizados, inconscientes, sin guardar memoria de ello. Lo sabrán más tarde con lujo de detalles por los relatos de sus compañeros de infortunio. Algo semejante sucede cuando han logrado, dentro del encierro, beber hasta la saciedad llegando al estado de embriaguez, ya que alguien logró ingresar, sin ser visto, el brebaje prohibido; o bien, fue resultado del “favor” pagado a algún empleado o vigilante.

No podían faltar, tampoco, la celdas de castigo ubicadas en el Pabellón de Peligrosos, allí son atados de pies y manos, después de un intento de fuga frustrado...

Varias veces pedí mi alta y no logre conseguir nada y ya cansado de tanto ser engañado y engañada mi familia, le escribi [al director]

⁶⁴ AHSS. FMG. SEC, caja 58, exp. 17, 13/3/1917. Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico. Carta al Director.

⁶⁵ *Ibidem*, 3/3/1917. Carta al Director.

diciendole que por la primera fuga me tuvo 14 días sin salir del Pabellón y que a la segunda fui detenido en Tacubaya, y traído al establecimiento por gendarmes como si fuera un malhechor, y en seguida fui llevado á Peligrosos, á donde me mandaron temerosos tal vez de que con el oxígeno que tome en la calle, me diera tanto apetito que me fuera á comer á los compañeros de infortunio.⁶⁶

El tratamiento y régimen a que se sujeta a los infelices desequilibrados en un "Pabellón de Peligrosos" es para un cuerdo peor infierno que nos pinta el genial Dante y me atrevo a decir, desafiando a la ciencia misma, que aun para los locos es también infierno donde los médicos rompen faros, se vendan los ojos y convierten el bien en mal.⁶⁷

[Ese Pabellón] más que departamento de enfermos parece departamento de cárcel o departamento de separos de comisaría, con la consigna de tenerlos encerrados en un calabozo por el término de 3 días [...] Así es que este Pabellón viene a ser como el lugar donde extinguen su condena, los que son castigados disciplinariamente, suponiendo yo, por supuesto, que esto es conforme a competencia señalada por el Reglamento del Establecimiento que es notable porque [...] no lo conocen ni los empleados, y reglamento draconiano seguramente porque ni el mismo código penal señala pena para la evasión de presos.

[...]

En las varias veces que he estado asilado he visto tanto, que personalmente indique a U. la conveniencia de que un Agente del Ministerio Público y un Defensor de Oficio visitara semanalmente el Establecimiento, pues tengo la convicción de que aquí se cometen delitos de diversa índole y que hay infelices enfermos que necesitan defensor de oficio en ciertos casos.⁶⁸

No sólo hay golpes y castigos corporales infligidos por el personal del hospital a los enfermos; sino que también se hace referencia, en los textos y cartas, a peleas y golpes entre los internos, con mayor o menor alarde de violencia⁶⁹. Tampoco pueden faltar las violaciones, especialmente de menores⁷⁰; no dejan de denunciarse, tampoco, ciertos procedimientos

⁶⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 20, exp. 21, 23/1/1911. Paciente H. Dx. Delirio Crónico de Magnan. Relato del paciente titulado "Historia de mi ingreso a este Manicomio".

⁶⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 97, exp. 25, *op. cit.*, 8/8/1920. Carta al Director.

⁶⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 72, exp. 7, 3/4/1920. Paciente H. Dx. Psicosis Alcohólica, 11 ingresos de 1917 a 1921. Carta al Director. (Subrayado en el original)

⁶⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 11, exp. 40, 10/3/1927. Paciente H. s/Dx. "C.B. asilado en este pabellón dio un empujón al asilado M. O. quien cayó al suelo produciéndose la caída de los 2 incisivos superiores". Carta del enfermero al Director.

⁷⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 246, exp. 12, 10/7/1930. Paciente H. Dx. Idiocia. "Tiene tendencias homosexuales últimamente exigentes pues en las madrugadas se le ha sorprendido

“terapéuticos”, como los baños de inmersión, que asumen carácter de evidente tortura⁷¹; al igual que robos continuos de cualquier objeto de valor en posesión de un enfermo⁷²: un reloj, una cadena de oro, las ropas con que ingresan que rápidamente desaparecen; la comida, dulces y regalos que reciben de los familiares los días de visita...

Nada hay de extraordinario en el hecho que diariamente se haga uso de la fuerza en el Manicomio: uso de la fuerza cuando resisten al ingreso; uso de la fuerza si se enfrentan a las órdenes de médicos, enfermeros y vigilantes; uso de la fuerza ante un cuadro de abierta excitabilidad o agresión, para lo cual se usa de inmediato el tan temido y detestado chaleco; uso de la fuerza, también, para los que se niegan a comer, aplicando “alimentación forzosa” por medio de sondas⁷³.

¿Cree Ud. Miguel que azotado de los nervios y susceptible en alto grado, deba resistir impresiones tan vivas e insistentes y tan horribles como éstas? ¿Cree Ud. que tan infernal sinfonía, esa barahúnda de

pasándose a la cama de los mas pequeños [...] para incitarlos al acto sodomítico.” Cfr. también AHSS, FMG, SEC, caja 23, exp. 58, *op. cit.*, 21/1/1920. “Entre lo mucho que debe corregirse en este Manicomio, debo llamar la atención, acerca de la explotación de los individuos 41 (?) aquí en el Pabellón de Observaciones en que me consta [...] que, por cualquier cosa, como una pieza de pan, ó nata, usen a los 41 (?), para que no gasten en mugeres; los prestan á los asilados pensionistas por algo de metálico y –eso vá al bolsillo del enfermero I°. Ahora, el que sirve más como 41 (?) . á los enfermeros y Vigilantes es el menor de diez años L. M. [...] y por el mismo menor, valiendome de obsequios, he podido saber esto; [...] rehusando a darme más datos porque lo golpeaban cada vez que me revelaba algo”. Carta al Director.

⁷¹ AHSS, FMG, SEC, caja 6, exp. 29, *op. cit.*, septiembre/1924. “[...] se acostumbra castigar a las enfermas con gran diversión de las vigilantes, dandoles lo que ella llama ‘baños de ahogado’ que hace consistir en que metan a la enferma de cabeza al agua zambullendola varias veces así, hasta que medio ahogada la acuestan. [...] es verdad que su enfermedad les hace exagerar y alterar muchas veces las cosas; pero también señor es cierto que muchas veces los subordinados sobre todo cuando hay de ellos un personal tan extenso suelen abusar sin que los superiores o directores sean responsables de ello”. Carta de la hermana al Director.

⁷² AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 3, *op. cit.*, 17/8/1913. “[...] de que soy tan tonto que hoy di parte Dr. de que un vigilante había robado el reloj a un enfermo en vez de dárselo al director pues lo que me saqué fue echorme al vigilante y enfermero encima”. Carta a los padres.

⁷³ AHSS, FMG, SEC, caja 45, exp. 40, 28/11/1916. Paciente H. Dx. alcoholismo crónico. “[...] para darme cuenta de las lesiones que hubiese ocasionado el fragmento de carne que se detuvo a la entrada de la faringe o las maniobras de extracción y tomando en consideración los antecedentes recogidos, creo que la muerte del citado Señor G., fue debida a desgarradura de la región faringo-laringea”. Informe del Jefe de Enfermería al Director.

insultos, palabras necias, amenazas, bofetones, sarcasmos y risotadas sean alucinaciones y asimismo engaños del sentido los cuadros de inmoralidad, indecencia y degeneración de que yo soy testigo? No, tutor, no hay tal alucinación: las impresiones violentísimas que sufro, la conciencia del sitio donde estoy, las vejaciones de que soy víctima son en demasía claras para comprenderlas, con las que puede imaginar un alucinado.⁷⁴

◆ *¿Por qué me responden con el silencio?*

Bajo esta atmósfera de opresión y amenaza constante, la relación médico-paciente no podía ser más que tensa, conflictiva, desagradable.

Los pacientes no confían en el médico bajo cuyas órdenes y cuidado se encuentran; piden, solicitan y suplican al Director un “cambio de médico”; alegan que no es posible relación alguna entre ellos, sólo existe bajo la forma de antagonismo expresado en odio, agresión, desprecio; lo que atenta, sin lugar a dudas, su precaria salud.

[...] pues el Dr. Lopez pasaba una visita de dos minutos cada 4-5 y 6 días, contentandose con pedir el recetario y firmar su asistencia desde observaciones- en vista de que su despotismo en sus pocas visitas rayaba en ni siquiera saludarnos-

[...] y también queriendo que otro medico me examinara y sobre todo atendiera ya que este de plano me condenaba como loco lo solicité y esto fue la causa [...] al venir el Dr. Lopez al pabellón y llamarme con una seña y de buena fé y olvidando todo acudí a darle las gracias y después de ver á todos los enfermos me recibió advirtiendome que se me iba a cambiar de médico pero que antes iba darme una prueba de su poder sobre mi poniendome la camisa de fuerza- á que decir á ud. que hasta con sorpresa y en broma le conteste que se me bromeaba y que hasta con aire suplicante le dije que antes viera al director por lo que viendo que hasta pateó el suelo pidiendo la camisa- me dije ¡no solo las intrigas pueden tenerme en este abandono por parte de mi familia!- pero al haber algo grave mi familia se afligira y averiguará y se acabará esta situación

⁷⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 62, *op. cit.*, 3/7/1911. Carta al tutor, transcrita por el médico en la Historia Clínica.

odiosa que va minando mi salud con tanto abuso- bajo el vil chantaje de la locura-⁷⁵

Al C. Director del Manicomio. Presente

El que suscribe, asilado en el pabellón denominado "Tranquilos B" de este hospital, ante usted respetuosamente expone: Primero. Si generalmente en toda clase de enfermedades contribuye para el alivio del paciente la fe en su médico, en las enfermedades mentales o del sistema nervioso, es condición indispensable, en tal virtud, caso de que yo sea un enfermo, más o menos loco, no puedo ser curado por el Sr. Dr. Don Nicolás Martínez porque no tengo fe en él. Segundo Varias veces he pedido que deje de ser mi médico el Sr. Martínez por considerarlo "parcial" en mis asuntos y hoy agrego por serme desagradable su intención en ellos. [...]

*El Sr. Martínez niega naturalmente "su imparcialidad", y yo afirmo su falta de rectitud en el cumplimiento de su deber [...]*⁷⁶

*Por qué me contesta con el silencio señor Director?*⁷⁷

El diálogo entre médico y paciente no se da con facilidad, no sólo por el ejercicio despótico del médico, sino muy especialmente porque la palabra del paciente no merece ser escuchada; es, en sí misma, una palabra delirante, sin sentido y, por lo tanto, no puede ser objeto de creencia. Si no se puede creer en esa palabra, ¿para qué escucharla?

El médico sostiene un monólogo sin comprometer la escucha. Para él, el paciente es un ser sin palabra, sin lógica, sólo capaz de emitir ruidos, quejidos y lamentos. El médico no logra comprender que los sonidos emitidos por los internos "componen palabras y ordenamientos de palabras similares a las suyas".⁷⁸

⁷⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 3, *op. cit.*, 17/8/1912. Carta al Director.

⁷⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 45, *op. cit.*, 30/5/1912. Carta al Director.

⁷⁷ *Ibidem*, 16/8/1912. Carta al Director.

⁷⁸ *Cfr.* Jacques Rancière, *El desacuerdo. Política y filosofía*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2007. *Cfr.* AHSS, FMG, SEC, caja 95, exp. 48, 22/11/1921. Paciente M. Dx. Demencia Precoz simple. "Nunca he visto ó sabido que se le haya dado mal trato a dicha asilada. quien por el contrario goza de algunas distinciones compatibles con su categoría de indigente a pesar de lo cual la familia está siempre quejosa, según he sabido, quizás fundándose de buena fé en las respuestas incoherentes y sin sentido de la enferma á las preguntas que le hacen". Carta del médico del Pabellón al Director.

[...] le avisé al Sr. Mayor y al Señor administrador quienes no me hicieron caso creyéndome loco.

[...] Anoche estuve bastante enfermo y amanecí igual. El Sr. Dr. no se da cuenta de nada, pues no me cree⁷⁹

[...] Esto es lo que resulta. Conmigo cometen el delito más impune y más desgraciado, tapándose con la locura.⁸⁰

Para mengua y como insulto a mi desgracia, llego en mis demandas, en mis quejas, a recibir en pleno rostro el soberbio mentís de quienes acuso y el desprecio de la Superioridad en cuanto me atañe, a la sombra que ofrece la indiferencia, rechazados como un loco veo mis reclamos y despedazadas mis quejas por enemiga artimaña.

No así las palabras de quienes acusados, se vuelven acusadores. Estos sí son creídos y aceptado su voto como artículo de fe. Me confunden con desvergüenza ahogándome en humillación.⁸¹

Para todo el personal del hospital era evidente que la palabra del enfermo no debía ser tomada en cuenta, no alcanzaba a ser "palabra" sólo podía evidenciarse como "ruido".

Interrogando al enfermo lesionado, este manifiesta que la herida la ocasionó el vigilante al darle un puntapié, cuando lo condujo al separo. Tratando de obtener mayor datos para poder definir si realmente el causante de la lesión fue el vigilante, pretendí interrogar a los otros vigilantes que estaban de servicio pero ninguno de ellos se dio cuenta del accidente. Los enfermos que riñeron con el lesionado, aún cuando su declaración tal vez no sea de tomarse en consideración, puesto que no será fácil determinar si sus condiciones mentales les permitan declarar lo cierto, manifestaron [...]⁸²

Sin nadie que quisiera escuchar su palabra y encontrarle un sentido, sin nadie que quisiera escucharlos y darle crédito a sus voces, sólo les resta la palabra escrita; buscarán dejar constancia de lo dicho, los signos escritos se sostienen como tal, no se diluyen, no se pierden o confunden como la voz.

Fatigados, cansados de hablar sin ser escuchados; fatigados de que toda queja, toda demanda, todo pedido, toda súplica se diluyera en ruido

⁷⁹ AISS, FMG, SEC, caja 7, exp. 10, *op. cit.*, 27/3/1907. Carta al Comisario de Policía.

⁸⁰ *Ibidem.* 15/5/1907. Carta al Comisario de Policía.

⁸¹ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 62, *op. cit.*, 31/7/1911. Carta al tutor.

⁸² AHSS, FMG, SEC, caja 216, exp. 19, *op. cit.* (1927) Carta del Administrador al Director.

sinsentido; fastidiados de que su palabra fuese considerada vana, nunca cierta, ilusoria y sin credibilidad, la escritura se visualiza, para los pacientes letrados, en la única salida posible.

◆ *Decirte lo aburrida que estoy...*

A pesar de los gritos y zozobras, de la tensión reinante, los pacientes eran embargados por una insoportable sensación de fatiga, cansancio y aburrimiento:

Tengo muchas ganas de verte I decirte lo aburrida que estoy en este maldito Hospital cada día más...I más... I más..., me comprendes?⁸³

[...] ojala yo tuviera siquiera un libro ho algo en que entretenerme me pasaria el tiempo mejor pero no soporto esta vida tan inactiva, sin más que comer y dormir y resos y gritos y Ila poco más ho menos te imaginaras todo lo que se sufre⁸⁴

Cada dia estoy más avurrido aqui y ya siento la muerte con esta vida para que yo no estuviera tan avurrido necesitaría estar loco como lo estan todos o estar muy necesitado para poder estar con esta vida⁸⁵

Queridísima mamacita, no se puede pasar el tiempo de esta vida en la ociosidad más completa pues para el trabajo moral e intelectual venimos al mundo.⁸⁶

Al llegar al aburrimiento, las sorpresas se disipan. El tiempo sobra y se repite, no se puede romper lo que se ha vuelto estático por su monotonía; es

⁸³ AHSS, FMG, SEC, caja 12, exp. 44. (1910). Paciente M. Dx. Excitación maniaca. Demencia Precoz Histeroide. Carta a su esposo.

⁸⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 81, exp. 8. (1917). Paciente H. Dx. psicastenia/confusión mental post infecciosa/ probables episodios confusionales delirantes. Dos ingresos en 1917 y 1934. Carta a una prima.

⁸⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 174, exp. 4, 27/5/1926. Paciente H. Dx. epilepsia. Carta a un conocido.

⁸⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 65, exp. 12 (1916). Paciente H. Psicosis maniaco depresiva. Carta a la madre.

tiempo perdido, desperdiciado, sin objeto ni sentido. Una nueva sensación de tiempo comienza a perfilarse, un tiempo exageradamente extendido, un correr vertiginoso de un tiempo detenido.

*[...] deseo Sr. Gobernador marcharme, mi salida, fuera de la República, para evitarme más venidas a este establecimiento, donde pierde uno el tiempo de la manera más triste.*⁸⁷

*[...] y suplicar a Ud. atentamente venga por mi lo más pronto que pueda porque estoy perdiendo el tiempo...*⁸⁸

En tanto afuera está la vida. Los negocios, allá fuera, se desbaratan sin su presencia; la familia se vuelve una incógnita ya que de ella nada se sabe; el trabajo sin duda ya no existe, no existe patrón que lo espere. Allá, del otro lado, están los hijos a quienes tendrían que alimentar; las propiedades que desaparecen; los afectos con los que se desea y se anhela estar; las buenas comidas que se extrañan; las diversiones con las que se sueña despierto; el amor; el sexo; las mujeres; los amantes; la calle. Afuera está la vida...

Ese tiempo de aislamiento forzoso significó, por otra parte, su retiro obligado de la “maquinaria social”, haciéndose cada día más difícil “engranar” en ella nuevamente.⁸⁹

◆ *Escribir, escribir, escribir.*

Pasada la sorpresa, salidos del anonadamiento, doblegados la fatiga y el aburrimiento, sabiéndose encerrados y bajo el yugo de nuevas rutinas, órdenes y reglamentos que no logran comprender ni pueden explicarse, se inicia un nuevo proceso en el cual los internos invierten todas sus energías:

⁸⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 7, exp. 10, *op. cit.*, s/f. Carta al Gobernador.

⁸⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 54, 11/5/1912. Paciente H. Dx. demencia precoz post-confusional. Carta a la madre.

⁸⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 19, exp. 23, *op. cit.*, 15/6/1920. “Por tanto y considerandome útil para trabajar y sin más enfermedad que la natural nostalgia hija de mi larguísima reclusión [...] pido engranar ya en la máquina social, puesto que no soy enfermo del cerebro y que ya me es perjudicial mi estancia aquí”. Carta al Director.

la búsqueda de una salida que pretenden encontrarla por la vía de la escritura, transformada en tarea vital, en forma de resistir el encierro. Actividad capaz de mantenerlos ocupados todo el tiempo, tarea que realizan sin descanso ni tregua. En ese acto se juegan su posible libertad y la esperanza de todavía lograr una vida futura. En el acto de escribir cifran las esperanzas que aún les restan.

Cartas y más cartas; notas y telefonemas; relatos de vida si el médico lo sugiere (por qué no, si ello podría beneficiarlos); súplicas; denuncias; alegatos jurídicos.

Escribir de la mañana a la noche; suplicar sin descanso e insistentemente, siempre por escrito. Escribir a la familia, a padres y hermanos, tíos y primos, amigos y vecinos suplicando que vengan sin falta a "recogerlos". Recordar el nombre y dirección de algún conocido para enviarle un aviso, para solicitarle su ayuda, para pedirle su apoyo. Podrían también escribirle a aquel paisano del pueblo que saben vive en la ciudad de México desde tiempo atrás a pesar de no haberlo visto durante años; quizá, tal vez, les brinde generosamente su ayuda. O tal vez, podrían escribirle al dueño de la cantina que frecuentaban con sus amigos de juerga; al Comisario del pueblo donde vivieron alguna vez; a los viejos compañeros de trabajo; al Obispo que no conocen; al Presidente de la República; a alguien, no importa quien, alguien que tal vez los escuche y dé una respuesta a la súplica.

Una vez agotada la lista, sin tener ya a quien más escribir, llega el tiempo de la espera. Las respuestas demoran, demoran mucho, demoran en exceso.

¿Cómo estar seguro de que las cartas salieron del hospital, que el médico o el director no aplicaron censura a sus escritos? Si lograron salir ¿habrán llegado a destino? ¿la dirección sería la correcta? ¿Estarán perdidas?...

La respuesta no se apresura en llegar. Pocos destinatarios responden, muy pocos acusan recibo, y, a su vez, la percepción del tiempo les juega malas pasadas: el tiempo corre lenta, muy lentamente, parece detenido y,

por otro lado, los días pasan demasiado a prisa, muy pronto se hacen semanas, meses, años y el paciente permanece incólume a la espera...

Las cartas cambian de tono. En aquellas escritas en los primeros tiempos del encierro, las demandas se realizan de manera educada, respetuosa; a medida que la espera se dilata, el tono se hace cada vez ríspido, más imperativo o más suplicante: reclaman el olvido de la familia; el abandono de amores y cariños; aluden a lazos de sangre rotos; a promesas no cumplidas. Prometen y juran, también, cambiar de vida, dejar de lado viejos vicios, suplican el perdón por errores cometidos. Aseguran que ya nada será igual, que ya no habrá más pulque, alcoholes, ni heroína; ni mujeres, ni amantes, ni groserías... prometen, una y otra vez, comportarse "como es debido"⁹⁰.

*Apreciable mamá. Tengo el gran sentimiento de manifestarle que est[oy] contrariada con su desapego por mi, asme el favor de mandarme decir, cuando vienes por mi ó sí lla no te acuerdas de tu hija. Es cuanto te dise tu hija que berte desea.*⁹¹

*Pd. Si no me sacas pronto me enojo contigo.*⁹²

*[...] ahora como hermanos que somos te ruego por favor no hagas un lado esta suplica que te pido y bengas a darme una bicitadita que tan luego como me beas aquí quedaras convencido verdaderamente de que no es muy conveniente de que se olviden tanto de mi ni me desamparen como beo que aci lo estan haciendo conmigo ..soy de tu hermano como siempre y te suplico no te sigas olvidando de mi pues espero contestación de mi carta que te mando.*⁹³

Queridísimo papacito, tanto tiempo ha pasado de tristeza en mi ánimo que no es posible resistir a esta odiosa vida en que me encuentro. Si puedes hacer algo por mi te ruego des algunos pasos pues he vivido muchos años lejos de ti. Nunca me vienen a ver y además no tengo

⁹⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 210, exp. 43, 19/3/1928. Paciente H. Dx. Parálisis Gral Progresiva. "Tu no me puedes querer que me idiotize aquí por tiempo indefinido, por sólo un capricho y más bien por un enojo por causas ajenas a mis enfermedades[...] humildemente te pido perdón, ofreciéndote salir de tu casa como lo pretendido otras veces". Carta al hermano.

⁹¹ AHSS, FMG; SEC, caja 101, exp. 23, 2/5/1920. Paciente M. Dx. amencia alucinatoria. Carta a la madre.

⁹² AHSS, FMG, SEC, caja 6, exp. 15, *op. cit.* s/f. Carta al marido

⁹³ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 54, 8/10/1917. Paciente H. Dx. Epilepsia. Carta a sus hermanos.

noticias aunque espero estarán bien. Mi mamá no se preocupa pero recordará quien soy. Quisiera saber algo nuevo que todo esto es tan viejo que tengo ganas de estremarme contra un muro [...] Cuanto esta a ver si hay alguna respuesta.⁹⁴

¿Qué te pasa que no vienes á saludar siquiera á tu Madre? Deja un momento tus muchas ocupaciones y ven á que te dé un abrazo: estoy con el sobresalto [...]⁹⁵

Archivo desbordante de cartas, de pequeñas notas suplicando, demandando, pidiendo que los saquen de allí, de ese infierno. Pocas son las respuestas; pocas también las acciones de las familias tendientes a responder a sus súplicas, más bien guardan silencio; cuando más, y si ha pasado ya mucho tiempo de internamiento, envían una nota a la Administración para saber si aún siguen con vida, y ofrecen, en caso de que hayan muerto, enviar algún dinero para que no queden sin sepultura⁹⁶.

Algunas otras se desentienden abiertamente, hacen explícito el abandono, y aún más, suplican a las autoridades que allí los dejen, que no permitan, de ninguna manera, su salida.

Estimado y fino Sr.

Conociendo sus buenos sentimientos de Ud. le suplico me haga el favor de que no le den el alta en el manicomio a mi hijo Emilio por algún tiempo largo; pues de lo contrario se expone toda la familia porque en cuanto que toma una copa de licor, se pone loco y como en la casa somos puras mujeres temo una desgracia. Señor estoy dispuesta a pagar por lo que se me ha asignado.⁹⁷

[...] por razones de alta consideración no creo conveniente que mi hijo, el enfermo N.C. asilado en este Manicomio, salga sin mi consentimiento; ruego á Ud. muy atentamente se sirva dar sus respetables órdenes, para que no permita la salida del referido enfermo

⁹⁴ AHSS. FMG, SEC, caja 65, exp. 12, *op. cit.* (1916). Carta al padre.

⁹⁵ AHSS. FMG, SEC, caja 19, exp. 40, 6/5/1915. Paciente M. Dx. Alcoholismo. Carta al hijo.

⁹⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 105, exp. 16, 28/10/1927. Paciente M. Dx. demencia precoz hebefrénica.

⁹⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 14, exp. 36, 14/7/1913. Paciente H. Dx. Delirio alcohólico, psicosis alcohólica, alcoholismo crónico. Carta de la madre al Director de la Beneficencia Pública.

sin que yo personalmente me presente á solicitarlo, ó bien autorizado con mi firma tal solicitud.⁹⁸

Siento no poder traerme á María, como ella desea, porque mis circunstancias no me lo permiten; estoy sumamente enferma, haciendo como es natural, infinidad de gastos y no quiero bajo ningún concepto aumentarle á mi esposo la carga, ya es bastante pesada con mis males [...] y verá que no es voluntad la que me falta sino que la fuerza de las circunstancias me obligan.⁹⁹

Apelo a sus sentimientos cristianos y filantrópicos, espero que no permita la salida de la citada enferma.¹⁰⁰

Sabedora de que próximamente iba a ser dado de alta he de merecer de usted que en vista de las anteriores razones que expongo, se sirva retenerlo en el establecimiento.¹⁰¹

Si la familia no acusa recibo, si ya no se acerca al Hospital los días de visita, si ninguno de ellos accede llegar hasta allí para pedir su alta al Director, ¿para qué seguir escribiendo a la familia? Se saben abandonados a su propia suerte. Si hay una posibilidad remota que salgan, esa posibilidad está entera en sus propias manos. Ya no es posible esperar más el soporte y la ayuda de familia o amigos.

Las cartas se dirigen ahora, muy especialmente al Director, a los médicos, a las autoridades de la Beneficencia Pública y del gobierno. Solicitan de manera imperativa que se les otorgue el alta, que se les permita, así mismo, "salir solos" del hospital, ya que no cuentan más con el apoyo familiar, y para ello alegan sus derechos de ciudadanos en tanto son mayores de edad, sin tutela, sin causa ni interdicción judicial alguna. Desarrollan verdaderos alegatos de neto corte jurídico, y si estos no son suficientes, también súplicas en las que apelan a los buenos sentimientos de los médicos y a su conocida

⁹⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 54, Diciembre/1917. Paciente M. Dx. Epilepsia. Alcoholismo. Carta del padre al Director, después del intento fallido de un hermano para sacarlo del Manicomio.

⁹⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 13, exp. 10, 17/6/1914. Paciente M. Dx. Degeneración Psíquica. Respuesta de la madre al aviso del Director que se le ha dado el alta.

¹⁰⁰ AHSS, FMG; SEC, Caja 17, exp. 10, (1911). Paciente M. Dx. Locura puerperal, manía crónica. Carta de un familiar.

¹⁰¹ AHSS, FMG, SEC, Caja 24, exp. 71 (1911). Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico. Carta de la hermana al Director.

y reconocida humanidad. Un intento más hacia el logro de la ansiada libertad; que no llega nunca, que se hace notablemente esperar.

[...] de nuevo me permito confirmarle y reproducirle la formal solicitud que hago a ud por medio de la presente de que se sirva tener la bondad de concederme mi alta de este establecimiento de su digno cargo. Ruego a ud muy encarecidamente se sirva darme a conocer lo que tenga a bien resolver acerca de esta mi solicitud. Anticipo a ud las debidas gracias y me es grato suscribirme como su atento y S.S. Rúbrica.

PE. No hago esta solicitud por conducto de mis familiares por que no vienen a visitarme, no obstante que desde hace 10 días tienen ya comunicado que tengo concedido el respectivo permiso del Dc del Pabellón; pero muy respetuosamente me permito hacer notar que esto no es necesario por ser yo mayor de edad –cuarenta años-, casado, comerciante, libre del dominio de la patria potestad, sin ninguna tutela, ciudadano mexicano y por lo tanto en el pleno ejercicio de mis derechos. Rúbrica¹⁰²

Apreciable Doctor: Por la presente me permito suplicar á Ud Atentamente se sirva hacerme favor de indicarme cual es el motivo para negarme mi alta que varias veces he solicitado al sr. Monroy varias ocasiones le he indicado mi petición y me ha dicho que solo depende de ud. [...] Pues el día siete de este mes cumpla once meses y creo con justicia haber merecido mi alta si Ud lo cree conveniente [...] Por lo tanto espero de su bondad que esta vez atenderá mi suplica, indicandome su opinión diciéndome la verdad por escrito para no estar con esperanzas.¹⁰³

◆ *Se me ha hecho un siglo*

A la espera de alguna respuesta, no olvidan nunca de contar los días, las semanas, los meses, los años de encierro. El tiempo, ese que sienten detenido, no se cansa de pasar.

¹⁰² AHSS, FMG, SEC, caja 123, exp. 36, 12/11/1923. Paciente H. Dx. Alcoholismo. Carta al Director.

¹⁰³ AHSS, FMG SEC, caja 162, exp. 30, 6/3/1926 Paciente H. Dx. Psicosis alcohólica. Carta al Director.

*El 19 del presente cumplo un mes de estar en este manicomio en donde jamás ha sido curado un alcoholico [...].*¹⁰⁴

*Si ud viera como fastidio de estar en el hospital ya va a ha ser un año que no salgo si vieras los deseos de volver a casa. No se cuando.*¹⁰⁵

*Señor doctor le manifiesto a ud que ya tengo aquí 10 meses y creo que es lo suficiente para calificar las enfermedades pues yo nunca estado loca, solamente que mi mala suerte me trajo a este lugar.*¹⁰⁶

*En el presente día cumplí en este lugar 50 días comenzando desde el día 17 de enero de la presente fecha.*¹⁰⁷

*El día tres de mayo cumplo cuatro años de condena y cuarenta y dos años de edad y ese día quiero hacer algo grande para quitarme el lodo que me arrojara injustamente una fatal enfermedad.*¹⁰⁸

*[...] hace largos dos años y seis meses que estoy en este establecimiento... pero sácame de aquí.*¹⁰⁹

*[...] teniendo seis años de estar incomunicado en este manicomio...*¹¹⁰

*[...] pues me necesitan benir a sacar si no no me dejan salir para nada de este "garito" de la plebe en que lla llebo veinte largos meses de ensierro.*¹¹¹

*Quince días que se me han hecho un siglo, son lo que tengo de estar en este lugar sumido en el más profundo dolor y en la mayor tristeza.*¹¹²

¹⁰⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 26, 10/11/1912. Paciente H. Dx. Alcoholismo periódico. Carta a la familia.

¹⁰⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 72, exp. 32 (1917). Paciente M. Dx. Demencia Precoz hebefrenica. Carta a la familia.

¹⁰⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 210, exp. 42 (1928). Paciente M. Dx. Alcoholismo. Carta al médico.

¹⁰⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 253, exp. 23, 17/3/1930. Paciente H. Dx. Constitución paranoide. Ciclotimia expansivo-depresiva. Carta al médico.

¹⁰⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 97, exp. 25, *op. cit.*. Carta a un abogado.

¹⁰⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 6, exp. 15, *op. cit.*, s/f. Carta al marido.

¹¹⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 210, exp. 43, 11/11/1928, *op. cit.* Carta al Comisario de Coyoacán.

¹¹¹ *Ibidem*, 19/3/1929. Carta a la familia.

*Yo ya llevo aquí ya treintaidos años ya, 32 años [...] yo llevo aquí 32 años, bine a observación en el año de 1924.*¹¹³

*Cinco meses, quince días de confinamiento en un Manicomio, confundido como irracional, desconocida mi conciencia, coartada mi voluntad, supeditado al celo de los vigilantes, expuesto a mil refinamientos y humillaciones, despreciadas mis quejas, olvidadas mis demandas y castigados al nivel de insana mis esfuerzos de libertad; sometido a privaciones, forzado a recogerme en comunidad con dementes, escuchar incesantemente sus gritos y extravagancias, presenciando sus accesos, contiendas y suplicios. Con la continua pesadilla del cincho, camisa o saco de fuerza, violencias, estrujones o golpes, no puedo, Señor, no puedo ni vegetar siquiera en un medio así y, si vegetar es menos que imposible para un enfermo como o con cuánta mayor razón debe serlo curar.*¹¹⁴

◆ *Soy una pluma en el aire.*

La cuenta continúa, los meses corren, los años se suceden...y la tan ansiada respuesta, y con ella la libertad, no se dispone a llegar... Perdido todo amarre, todo soporte, se encuentran a la deriva.

*Estoy como la pluma en el aire, sin apoyo, el más mínimo para poder salir.*¹¹⁵

Deseo de ser cobijados, que alguien se haga cargo, ya que la fatiga, el cansancio, la desesperanza, finalmente, los alcanzó.

Por lo visto Sr. Comisario, soy una pluma en el hospital, sin ningún abrigo, ni quien se acerque a hablar por mí al gobierno para salir libre [...] Yo Sr. Comisario le hablaré a Ud. con franqueza, necesito una sombra, un amparo, un abrigo, un apoyo moral para poder salir [...]

¹¹² AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 44, 16/1/1911. Paciente H. Dx. alcohólico. Carta al hermano.

¹¹³ AHSS, FMG, SEC, caja 95, exp. 31, 23/9/1957. Paciente H. Dx. Esquizofrenia. Nota al Director.

¹¹⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 62, *op. cit.*, 9/9/1911. Carta transcrita por el médico en la Historia Clínica.

¹¹⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 7, exp. 10 *op. cit.*, 15/5/1906. Carta al hermano

*Cualquiera familia, por último, créame, una puta, la cuestión es no estar abandonado.*¹¹⁶

Respetable Doctor:

Después de 5 años más o menos de conocerme, siendo Ud. un médico bastante práctico y entendido, creo que ya firmemente se haya formado un concepto de mí bastante cierto, y le suplico así me de a conocer con alguien que [se] pudiera interesar por mí. Yo no le debo a nadie nada, y ya no quiero estar en este lugar donde solo hay la diversión de los locos, la cual a ellos mismos los tiene ya hastiados.

*La citada diversión a mi ver es de ningún valor, ni para ellos ni para nadie.*¹¹⁷

◆ *Presos simulados*

Perdida toda esperanza fatigada de tanta espera, se reconocen, no ya como enfermos sino como presos simulados; peor que presos, ya que sobre ellos, enfermos mentales, pesa igualmente una condena, si bien, la condena es por tiempo indefinido, una condena ilimitada.

El preso sabe del crimen cometido, sabe de su sentencia, sabe también cuanto será el tiempo que demandará su cumplimiento; en tanto que el paciente del Manicomio nada sabe. No sabe cuál ha sido su crimen; en qué se basa la acusación ni en qué consiste su condena. El paciente vivencia su encierro como una sentencia por un crimen o delito jamás cometido y, por otro lado, ve que el tiempo de cumplimiento de esa condena se encuentra siempre postergado..

*Si bien es cierto que esta casa es hospital, también es cierto que yo estoy detenido y esta detención ha sido para mí injusta enteramente, en atención a que soy sano.*¹¹⁸

¹¹⁶ *Ibidem*, 27/5/1907. Carta al Comisario de Policía.

¹¹⁷ *Ibidem*. s/f. Carta al Director.

¹¹⁸ *Ibidem*. 19/8/1907. Carta al Encargado de la Pulquería “La que está más cerca”.

Tú sabes bien lo mucho que tolero lo cual en medio de ello vacilo amargamente sin ver el fin de una condena que no tiene límites¹¹⁹

[...] te digo yo á ti que tu nomas te estas vurlando de mi y tenerme aqui como si fuera una presa que ubiera cometido un crimen que parese y yo me veo como si estuviere en la carcel de los criminales¹²⁰.

[...] desde hace un año i diez meses de prision perpetua i muerta de hambre sin ninguna de mis costumbres y si tratada como perro ó algo peor.¹²¹

Yo no tengo ni que noticia darte, nada más que me tienen en un manicomio de donde no tengo ni esperanzas de salir para ningun lado¹²²

Formo la presente con el objeto de relatar las injusticias y atropellos que se cometen en este manicomio donde se siente la tiranía y se usa el despotismo para ultrajar al demente, al bueno y sano, al culpable y al inocente para contrariarlo y si posible volverlo loco, imbecil, idiota o que el individuo desespere con este encierro, este martirio cruel, porque aquí no es un hospital, no es un manicomio es la cárcel del santo oficio. [...] no debemos permanecer más tiempo del que se requiere para restablecer una simple debilidad por el alcohol, pero desgraciadamente se tropieza aquí con médicos ineptos que creen que el remedio del alcohólico consiste en tenerlo encerrado como á un criminal sentenciado a muerte, lo que se hace con nosotros, tenemos privados de todo, sometidos a sentencia indefinida, la cual es injusta y está prohibida por la constitución del 57 la cual aquí se ve nulificada, pisoteándola miserablemente. Pobre de mi patria, donde se cometen arbitrariedades semisalvajes que criticarán las naciones extranjeras y de aquí las personas sensatas.¹²³

¹¹⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 129, exp. 45, 8/8/1922. Paciente H. Dx. Toxicomanía. Carta al padre.

¹²⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 101, exp. 42, 17/5/1921. Paciente M. Dx. Epilepsia. Carta al marido.

¹²¹ AHSS, FMG, SEC, caja 12, exp. 44, *op. cit.*, s/f. Carta al marido.

¹²² AHSS, FMG, SEC, caja 153, exp. 25, 6/12/1923. Paciente H. Dx. Demencia Precoz Paranoide. Carta a un amigo.

¹²³ AHSS, FMG, SEC; caja 15, exp. 22, 17/4/1912. Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico. Delirium tremens. Declaración del interno.

◆ *Meditaciones*

Las demandas, exigencias, pedidos y súplicas, se detienen en un momento, cual si los pacientes hubiesen asumido su falta total de eficacia. Los escritos empiezan a tomar otro rumbo, adquieren otra forma. Ya no se preocupan en exigir y demandar, olvidan las denuncias de los avatares mismos del encierro, cual si quisiesen dejarlas atrás en un pasado lejano; dejan también de solicitar su libertad, cual si el cansancio se hubiese ubicado en el centro de la escena.

Los escritos se transforman, toman el aire de una meditación; reflexionan alrededor de la vida y de la muerte, de las relaciones entre hombres y mujeres, del sentido del amor y de los afectos; sobre amigos y enemigos. Piensan y escriben sobre el país, la guerra, la importancia de la doctrina Monroe, las relaciones internacionales y el papel de México. Producen reflexiones escritas, también, sobre la política nacional e internacional; el papel de Alemania y Francia durante la guerra, sin dejar de lado la Revolución Rusa; sobre el valor de la ciencia; sobre el carácter y forma que asumen los intereses universales del género humano, lo que se esconde en el corazón humano. También escriben sobre sus propios sueños que titulan "Sueños de paz de un loco", sin olvidar de relatar la forma que toman sus alucinaciones y el estado precario en que se encuentra sumida su mente.

Largos y fascinantes relatos de los profusos avatares de la mente.

Permanecí en estado de buena salud cinco años y en Octubre de 98 volví a sentir un nuevo y terrible acceso. Durante el día me creía yo nada menos que una de las tres divinas personas de la santísima trinidad, gozando á la influencia de la luz solar, de la ilusión de ser obedecido por hombres y aun por los elementos, pero llegaba la noche y con ella un cambio absoluto de mi delirio; poblábase de sombra la tierra y mi alma de tristeza y desesperación; me llegaba a creer ya en los antros infernales; los ecos todos de la noche, como el lejano ladrar del perro, el canto de un gallo, ó de algún ave nocturna, el silvido del viento y aun cierto lejano llanto entrecortado con toces y suspiros que sentía yo surgir de las profundidades de la tierra. pero grandemente múltiple cual si saliera de millones de gargantas, aunque lejos para que apenas los escuchara, me hacían sufrir tanto moralmente, que se me hacían eternas. Las más

notables alucinaciones de la vista que sufrí durante este acceso fueron tres: un gato cuyos ojos y aun pelo eran demasiado fosforescentes para ser naturales; una calavera también luminosa de más de un metro de diámetro y por último un monje que parecía indicarme con la mano y el animado semblante que siguiera adelante.

[...]

Puede compararse el acceso que me ocupa á una rápida y prolongadísima proyección cinematográfica acompañada no solamente de la armonía natural para hacerla parecer real, sino aun del perfume ó hedor adecuados. Tal comparación es la que creo más propia en la generalidad de los casos de enajenación; pues aunque en la mayoría de los casos quede comentada la visión á su propio pensamiento, sin que aparentemente sean necesarios los órganos propios de la vista, es sin embargo, tan real la percepción que no solamente se cree uno simple espectador, sino aún coautor de muchos episodios bien extraños: cierta ocasión me sentí abrazado por algún genio y trasportado á través de las edades recorriendo desde la edad presente hasta la genesis según Milton, ocupando á lo más unas dos horas en tan largo recorrido á través de las edades de todo el Universo, con el fin de que comprendiera yo el valor de todo el tiempo actual, comparado con el de la eternidad. Fue tan grande la tención de mi espíritu durante aquella visión, que cuando cesó estaba yo materialmente bañado en copioso sudor; me faltaba casi la respiración y mi corazón latía duras penas.

[...]

Volviendo a tocar lo relativo á las alucinaciones, creo que estas se van haciendo más sensibles cada vez; pues al principio de mi enfermedad eran muy asiladas y de escasa coordinación, cuando en el último ataque, su claridad y constancia me hacían creer entre los míos; o bien en sitios á los que convenía la propia fantasía de mis ideas; pues á lo que veo me voy perfeccionando más en el arte de soñar despierto, temiendo con sobrado fundamento á mi parecer, manifestaciones evidentes del progreso de mi mal. En tres accesos, cuando los primeros se repitieron cada cinco años. Manicomio General Mixcoac. Enero 1º. De 1911.¹²⁴

Una más, entre muchas.

Mi cabeza transformada así es juguete, se pierde, Señor, en un torbellino infernal en que el sarcasmo, la necedad, la injuria, los desprecios y las mayores humillaciones, revisten la forma del fonema.

Esta danza provocativa e incesante de solicitudes que recibo como dictadas por el espíritu del mal, me pone fuera de sí; no soy dueño de mis

¹²⁴ AHSS. FMG, SEC, caja 13, exp. 5, 1/1/1911. Paciente H. Dx. Lipemania parcial o epilepsia larvada. Manía aguda con "algo de delirio de persecución". Psicosis maniaca depresiva. Relato del paciente.

ideas ni de mis actos; cuanto pienso, cuanto deseo hacer es comentado insidiosamente y desvirtuadas así mis facultades, siento sumergida mi moral en un volcán de odio.

*De seguir así presiento más o menos pronto un fin muy triste.*¹²⁵

◆ *Por la buena o por la mala... Quiero descansar...*

Llegados ya a este punto, la salida se vuelve cuestión perentoria. Perdida toda esperanza, negada la posibilidad de toda y cualquier espera, sin apoyo ni sostén alguno será necesario e imprescindible salir de allí “por la buena o por la mala”¹²⁶, cual si hubiese llegado el momento de la toma definitiva de una decisión: negación a alimentarse, intento de fuga¹²⁷, suicidio... Los deseos de muerte los rondan, cual si fuese la única manera de poner punto final a una situación insostenible que no hace más que sostenerse indefinidamente.

*Y si no me sacan pronto de aquí me perderan por que aquí estoy en peligro de muerte.*¹²⁸

*[...] pues yo tengo el pesimismo de la muerte metido, no se que fin tendre, tal vez ésta enfermedad me llebara a la tumba no tiene remedio lo siento dia a dia me agota, me consume, me acaba y no creo en las medicinas, solo Dios me tenga de su sta mano y todo lo demás me és igual.*¹²⁹

[...] ya no quiero más noches negras donde los prolongados y no interrumpidos gritos de mis compañeros azotan mis nervios y me descomponen hasta hacerme gritar y llorar; ya no quiero sentir y

¹²⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 62, *op. cit.*, 2/11/1911. Carta a un amigo.

¹²⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 27, exp. 26, (1912) Paciente H. Dx. Psicosis toxi-infecciosa. “Deja de alimentarse y dice que si no se le da su alta, saldrá del establecimiento por la buena ó por la mala”. Historia Clínica.

¹²⁷ AHSS, FMG, SEC; caja 129, exp. 14, 20/7/1923. Paciente H. Dx. Parálisis Gral Progresiva.. “Llo por aquí mal Gracias á Dios, no pudiendo soportar mi situación más en este lugar ruego a ud. atentamente ordene a L venga por mi sabado o domingo dias ultimos en que tengo penzado salir (...) de no aserlo así el lunes tengo preparado salir de aquí y que jamas volverán a saber de mi”. Carta a la hija.

¹²⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 162, exp. 34, 26/12/1924. Paciente H. Dx. Manía Aguda. Esquizofrenia. Carta a la familia.

¹²⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 81, exp. 8, *op. cit.*, s/f. Carta a una prima.

pensar ante este infierno del cual se olvidó Dante; ya no quiero oír hablar a los hombres mentirosos somos cuando lanzando arpegios de cariño solo prodigamos todo lo que causa horror.- que me maten sr. Director y si no me matan me mataré, pues de hoy en adelante consideraré un deber y el más hermoso de los triunfos taparme los ojos con frías lozas sepulcrales.¹³⁰

No culpen a nadie de esta desaparición, me doy muerte por que me fastidia la vida.¹³¹

[...] Cuando era muy joven pensé quitarme la vida, pero ya de mayor edad nunca lo he intentado y si hoy lo hago es porque pido mi libertad y se me niega, después de tener aquí algún tiempo y no estar enajenado ni enfermo de nada y antes de quedar idiota o loco, me quito la existencia. Rúbrica.¹³²

Las salidas fueron bloqueadas una a una. Sólo resta, entonces, buscar el retiro, acallar de una vez el bullir incesante de la cabeza, detener definitivamente el deslizarse de la mano. Dejar de escribir. La estrategia de vida, sostenida durante años, se desbarata.

Han escrito durante años, han golpeado todas las puertas posibles, han solicitado cuanta ayuda les fue posible imaginar... Sólo recibieron silencio como respuesta. Entonces, ¿para qué escribir? ¿para qué obstinarse en el necio acto de escribir? ¿por qué haber creído que en la escritura hallarían una salida?

Yo tendría que hacer a usted una exposición de hechos por escrito, para documentarlo bien en lo que me favorece, pero me causa asco y tristeza repetir lo que tanto he dicho, y sin defenderme dejo que corra el tiempo y "que se despachen a gusto" los que ponderan con falsedades, la necesidad de mi aislamiento.¹³³

De todas suertes, esta será la última vez que solicite a Usted mi libertad, por juzgarlo inútil.¹³⁴

¹³⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 97, exp. 25, *op. cit.* 6/4/1929. Carta al Director.

¹³¹ AHSS, FMG, SEC, caja 101, exp. 8, 19/6/1920. Paciente H. Dx. Demencia Precoz Paranoide / esquizofrenia paranoide. Nota dirigida "A quien corresponda".

¹³² AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 22, *op. cit.* 17/4/1912. Declaración del paciente.

¹³³ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 45, *op. cit.*, 23/7/1912. Carta al Director.

¹³⁴ *Ibidem*, 23/5/1913. Carta al médico.

Surge el deseo perentorio de descansar, aunque sea por un corto tiempo, de encontrar un resquicio de paz fuera del Manicomio:

*Querría salir de aquí inmediatamente a embarcarme en el ferrocarril, dirigiéndome a cualquier parte, a donde viva sin molestar a nadie ni que me molesten con curiosidades mortificantes, durante dos meses cuando menos, para sacudirme moralmente "del polvo del Manicomio".*¹³⁵

[...]

En vista de que mi salud declina rápidamente y no veo próxima la hora de la libertad que me conviene a Usted suplico:

*Me conceda una licencia de dos meses para separarme del Manicomio y gozar del permiso vigilado (...) Viviría con gusto en el centro de la capital, o en un hotel 'de mala muerte' que hay en la villa de Guadalupe, si no se puede mejor casa. Los gastos a cuenta del Partido Católico ¡o que clase de católicos son! En su defecto, si ellos no pagan, le agradeceré a Ud. que ocurra a la Suprema Corte de Justicia de México, o al cielo*¹³⁶

*Si mi locura fuese cierta, si realmente fuese yo un hombre peligroso, el destierro subsanaría como en multitud de casos idénticos las dificultades o perjuicios que en México pudiera yo ocasionar, sin que se me condene a un fin mil veces peor que la muerte: la reclusión perpetua en un manicomio sin estar loco.*¹³⁷

La espera ha concluido, ya nada es dado esperar...

*Pido a Ud. irme a descansar.*¹³⁸

*

¹³⁵ *Ibidem*, 10/1/1913. Carta al médico.

¹³⁶ *Ibidem*, 3/7/1914. Carta al Director.

¹³⁷ AHSS, FMG, SEC. caja 129, exp. 45, *op. cit.*, 12/8/1912. Carta al Director.

¹³⁸ AHSS, FMG, SEC. caja 7, exp. 10, *op. cit.*, s/f. Carta al Gral Juárez. No aparecen más escritos en el expediente, a partir de esta carta.

¿Testimonios?

Las cartas y relatos de los internos han ido adquiriendo cada vez más, en este trabajo de lectura, la forma y el tono de un testimonio y los pacientes, en su acto desesperado de escribir, asumieron el carácter de testigos privilegiados de ese espacio de encierro y aislamiento.

Se puede afirmar que las palabras escritas por los internos toman la forma de testimonio en tanto no escapan de la búsqueda de un uso judicial, característico de todo testimonio. Los pacientes desesperan por encontrar tribunal alguno capaz de revocar dictámenes y sentencias de la instancia de ese "otro tribunal", el médico, que ha usurpado el lugar que corresponde, por ley, al derecho y la justicia.

Testimonios, también, en tanto descripción de escenas y acontecimientos vividos, dado que la presencia de quien relata es incontestable; presencia imprescindible en todo testimonio, el cual ha de ser siempre enunciado en primera persona, al tiempo que denuncia hechos y situaciones vividas que le ocasionaron, a quien testifica, un perjuicio que requiere reivindicación de algún tipo.

El testimonio, a su vez, es siempre un acto de interlocución, exige la presencia de un sujeto que testifica, junto a la presencia de un otro que recibe el testimonio, quien está obligado a aceptar el relato como verdadero y dar fe del mismo. Ese "otro" se constituye, por este acto, en testigo del testigo, su tercero.¹³⁹

Testificar es, entonces, hacer público, poner en conocimiento lo que había permanecido en secreto y este acto produce como efecto el relato de una experiencia en la cual, quien testifica, ha participado. A su vez, ese relato ha de estar dirigido a la escucha de un otro que se convierte en depositario del mismo, obligado a dar fe de lo escuchado. Por lo tanto, el testimonio se sostiene en un doble compromiso sin el cual pierde todo valor y no alcanza

¹³⁹ Cfr. Carlo Ginzburg, *Un seul témoin*. Paris, Bayard, 2007.

su carácter: el compromiso de quien testimonia de decir la verdad y el llamado a la creencia y a la fe del depositario del relato.

Rasgos comunes a todo testimonio: presencia cierta del testigo en tanto participante, activo o pasivo de un acontecimiento pasado que le ocasionó un perjuicio a sí mismo o a un tercero, junto al compromiso de decir la verdad sobre lo acontecido y; por otro lado, presencia del "testigo del testigo" quien compromete no sólo su escucha, sino también su creencia.

Estos requerimientos no se cumplen cabalmente con el material documental utilizado. Los textos de los pacientes, fácilmente transitan hacia fronteras indiscernibles que ponen en duda su carácter testimonial. Y aún más, estos escritos llevan el sello del lugar en que fueron emitidos en el pasado, y el sello, también, del lugar en que se encuentran hoy, el Archivo histórico, en el cual continúan guardando la calificación dada por los médicos de la época que los definían, sin más, como textos delirantes. Esta calificación hecha en un pasado que se sostiene hasta el presente, les niega -o al menos les resta-, la posibilidad misma de aquello que todo testimonio exige: la creencia del depositario. Al ser catalogados como facturas de una mente enferma por el aparato médico de entonces son arrastrados, también hoy, hacia la zona nebulosa de la mentira, la simulación, el perjurio y la falta de sensatez, lo que mina, sin más, su credibilidad.

Por otro lado, el testimonio es siempre un relato en pasado, un neto ejercicio de memoria; en tanto el tiempo verbal de los relatos de los pacientes es el presente. Es cierto, también, que por momentos utilizan el tiempo pasado en sus narraciones, realizando un acto claro de memoria; pero con ello no buscan dar testimonio de ese pasado que relatan, sino que lo hacen en referencia estrecha al presente que están viviendo.

Los pacientes no sólo pueden decir que en un tiempo pasado estuvieron ahí, como cualquier testigo, sino que ahí están, inmersos en la rutina del infierno y desde esa rutina escriben, producen su decir. Manera singular, entonces, de atestiguar; quizá podrían considerarse testimonios si fuese

posible pensar en un testimonio vivo en tanto presencia y presente. Vivencia y testimonio ejercidos al mismo tiempo, producidos en inmediatez, sin distancia de tiempo.

Por otro lado, el testigo que narra en pasado es ya alguien que logró sobrevivir a una situación en la cual su vida e integridad física estaban en situación de peligro inminente; quien, como los internos, “testifica” en presente pone en evidencia la falta de dominio de la escena que describe, la cual se le impone ineluctablemente y; por otro lado, el acto de escribir, en este caso, no tuvo como función la voluntad expresa de dejar memoria (intencionalidad manifiesta del testigo), sino que ese hacer tomó, en ellos, el carácter de estrategia de vida, de tácticas minúsculas por medio de las cuales podían resistir, lograban sobrevivir.¹⁴⁰

Estas reflexiones complejizan el intento de haberle dado a estos textos carácter testimonial; o, tal vez, habría que considerarlos testimonios, sí, pero involuntarios, siguiendo la perspectiva abierta por Paul Ricoeur.¹⁴¹ Testimonio sin voluntad expresa del sujeto, producto de una situación extraordinaria y que llegan al investigador, en otro tiempo, en tanto “objetos curiosos y raros” capaces de transmitir una experiencia límite. Estos “objetos curiosos y raros”, ofrecidos tiempo después a la lectura, provocan en el lector una curiosidad que se transforma en avidez e indiscreción.

No ha sido posible dejar de lado toda la serie de interrogantes que se abren frente al carácter testimonial que se ha buscado, en este trabajo, otorgarles a los textos de los pacientes, y en el hecho de ubicar a los

¹⁴⁰ Y ¿qué fue, entonces, de aquellos miles que no dejaron la menor huella, el menor trazo, de los no-letrados? ¿no resistieron? Con relación a esta cuestión Cfr Primo Levi, *Los hundidos y los salvados*. Barcelona, El Aleph Ed., 2002, quien plantea esta cuestión alrededor de los “verdaderos testigos” de los campos de exterminio durante la 2da Guerra Mundial. “Lo repito, no somos nosotros. los sobrevivientes, los verdaderos testigos... Los sobrevivientes somos una minoría anómala además de exigua: somos aquellos que por sus prevaricaciones, o su habilidad. o su suerte no han tocado fondo. Quien lo ha hecho, quien ha visto a la Gorgona, no ha vuelto para contarlo, o ha vuelto mudo; son ellos los “musulinanes”, los hundidos, los verdaderos testigos”, p.108.

¹⁴¹ Cfr. Paul Ricoeur, *La Memoria, la Historia, el Olvido*, Madrid, Ed. Trotta, 2003, pp. 210-232.

internos, por medio de sus escritos, en el lugar de testigos privilegiados de ese espacio; ni tampoco, es posible dejar de lado el carácter ávido e indiscreto que asumió mi lectura de ellos.

Al haber tratado esos textos como testimonios de una vida en encierro, me constituí sin buscarlo expresamente en "testigo del testigo", lo que significó, sin duda, apostar mi creencia en la verdad misma de lo relatado y en dar fe de ello.

Sin embargo; más allá de toda apuesta, las preguntas no dejan de surgir: ¿Hay en esos textos verdad autobiográfica? ¿Son fruto del delirio? ¿resultado de una ficción? ¿Cómo **decidir** si estas cartas y relatos son verdades autobiográficas, delirio o ficción plena de imaginación y fantasía?

Nada hace posible tal decisión. Cuestión indecible. En esos textos se entrelazan y confunden unos y otras: hay en ellos, sin duda, verdad, pero también fantasía; hay resabios de delirio y también verdades comprobables por la vía de la confrontación de documentos dispares. Hay certezas y también ficciones. Imposibilidad de toma de decisión, sólo es posible dejarlos en su estado de emergencia, que hablen por sí solos, tomarlos en cuenta porque ahí están.

Si bien la verdad ha de ser constitutiva de todo testimonio; es también cierto que ningún testimonio puede desprenderse jamás del perjurio, de la ficción o de la mentira como posibilidad; es por ello, ante esa posibilidad, que el testimonio no podrá sostenerse como prueba, sea judicial o documental; y al mismo tiempo y conforme a la tradición jurídica occidental, han de permanecer obligatoriamente extraños a toda literatura en todo lo que ella tiene de ficción, simulacro o simulación.

Si lo testimonial es en derecho irreductible a lo ficcional; no obstante, no hay testimonio que no implique estructuralmente en sí la posibilidad de la ficción, del simulacro, de la mentira y del perjurio – o sea, de la literatura, aquella inocente o perversa literatura que juega inocentemente a pervertir todas esas distinciones. Caso de que tal posibilidad aparentemente prohibida quedase efectivamente excluida, el testimonio, pues, volviéndose prueba, información, certeza o archivo, perdería su función de

testimonio. Luego, para permanecer testimonio debe dejarse rondar. Debe dejarse parasitar por aquello que él mismo excluye de su fuero interno, la posibilidad, aunque sea, de la literatura.¹⁴²

Desde esta perspectiva, esas palabras escritas en el encierro se erigen, en este texto, en testimonio de lo acontecido en el Manicomio General de La Castañeda, en ese espacio y ese tiempo en el que los textos fueron escritos; testimonio que, por ser tal, inexorablemente ha de dejarse rondar y parasitar por la posibilidad, aparentemente prohibida, de la literatura.

¹⁴² Jacques Derrida, *Demeure. Maurice Blanchot*, Paris, Galilée, 1998. p.31. (Traducción Marie Lourties)

IV. "El Mundo de la Ciencia"

*La misión de la ciencia médica es curar
para matar después?...
Paciente Hombre.
Dx Psicosis Reivindicatriz*

Michel Foucault¹ pone de relieve una cuestión de carácter crucial: la locura no es una entidad de la cual se tenga evidencia irrefutable. Se manifiesta siempre bajo una doble mediación: por un lado, requiere la presencia de una conciencia ante la cual se presenta y que ya la ha recusado; y, por el otro, ha de encarnarse en un ser, manifestarse en un cuerpo, inscribirse en un rostro, expresarse en un decir. En este enfrentamiento entre una conciencia que la recusa y un ser concreto que la expresa, se hace **visible**, se transforma en objeto de la percepción.

Desprovista, entonces, de una única forma clara, precisa y asignable, sólo puede ser percibida en un ser que la manifiesta y la expresa como discordancia, desarmonía, negatividad; la locura se viste de otredad al no responder a la normatividad propia de los seres razonables.

Por lo tanto, la locura más que una entidad con existencia propia, se inscribe en las formas de conciencia² que de ella se forja la razón. Conciencia con

¹ Michel Foucault, *Historia de la locura...op. cit.*, Segunda Parte: "Introducción" y "El loco en el jardín de las especies", t. I, pp. 257-324.

² Foucault señala que en la aprehensión y comprensión de la locura a partir del siglo XVII en Occidente se entremezclan cuatro tipos de conciencia: una conciencia *crítica* que la reconoce y

puntos múltiples, variables, constituidos por las maneras en que la razón la percibe, le teme y concibe, marcada por la escisión ya producida entre lo normal y lo patológico proclamada por la clínica y acompañada de memorias y fantasmas que encuentran su asidero en miedos ancestrales. Conciencias múltiples que no logran confluir en un sentido único, acabado y pleno; siempre móviles, con desplazamientos constantes, entremezcladas y superpuestas a la conciencia “analítica” que la psiquiatría busca producir a fin de constituirse en disciplina médico-científica.

¿Cuál es la figura de la ciencia, por coherente y cerrada que sea, que no deje gravitar a su alrededor formas más o menos oscuras de conciencia práctica, mitológica o moral?³

Si bien los médicos hablaban de la locura en términos de “enfermedad mental”, esta noción se hallaba atravesada por valoraciones morales cargadas de un cierto dramatismo que inscriben la patología en el terreno de “evidencias” patéticas.

Hay, en el discurso clínico de la época, una cierta carga de dramatismo al mirar al loco en tanto ser vencido y aplastado por el toque siniestro y lamentable de la locura: recurrentemente incurable, producto de una herencia degenerada; siempre reincidente, intermitente, circular...

El loco, ese cuerpo en el que se inscribe y manifiesta la locura, pertenece al otro lado de lo normal, y desde ese otro lugar es constituido en objeto de un saber. De esta manera, es loco para la mirada de la razón y jamás lo será para

designa en relación con lo razonable. no la define sino que la denuncia; una conciencia *práctica* que impone su separación en cuanto extraña a la homogeneidad del grupo considerado como portador de las normas de la razón y como reacción de defensa a miedos y temores; una conciencia *enunciadora*, capaz de indicarla y mostrarla como evidencia, una simple aprehensión perceptiva; y una conciencia *analítica* que la convierte en objeto de conocimiento. Los cuatro tipos de conciencias se dan conjuntamente y se apoyan subrepticamente unas en las otras. La conciencia analítica se impone a partir del siglo XIX y XX, si bien “todas las otras formas de conciencia de la locura aún viven en el núcleo de nuestra cultura”. *Ibidem*, pp. 258-267.

³ *Ibidem*, p. 257.

sí mismo: emerge ante la mirada de un tercero que asume para sí el ejercicio de la razón.⁴

Es un ser inmediatamente reconocible, incapaz de esconderse al ojo atento y suspicaz del psiquiatra que lo reconoce sin sospechas. Se revela sin más al "ojo clínico": es la imagen vívida de una diferencia. Abierto y desplegado ante la mirada médica que insta, sin preámbulos, la distancia, el loco no deja, ni por un instante, de mostrar la aberración inscrita en su cuerpo, en su rostro, en su voz, en sus palabras, en sus gestos y en sus actos. La locura adquiere visibilidad, se muestra extraña y lejana de todos aquellos que portan las normas de la razón. Al tiempo que la conciencia analítica de la locura se deja parasitar por viejos miedos y temores y sigue proclamando la urgencia de la separación y la necesidad del aislamiento.

La psiquiatría, en tanto conciencia analítica, se obligará a otorgar a las enfermedades mentales un contenido particular, producirlas siguiendo sus indicios, rastreando las marcas en las que se manifiesta. Ha de perseguir y agrupar síntomas, diferenciar especies, realizar el inventario de lo que llega de manera inmediata a la percepción. Los síntomas agrupados producen grandes unidades a las que se remiten formas conexas y dan lugar a la nominación de esas grandes especies que conjuntan síntomas por sus afinidades, por la identidad de sus causas, por la evolución progresiva de un tipo a otro.

Han aparecido, entonces, los múltiples rostros de la locura: paranoia, manía, melancolía, psicosis maniaco-depresiva; demencia precoz y confusión mental; parálisis general progresiva, esquizofrenia... Necesidad de otorgarle una imagen fiel a cada rostro y que esa imagen guarde la exactitud del retrato. Sin esa "galería de retratos", que dirige la mirada del médico, el diagnóstico sería una cuestión imposible.

De esta manera, la locura no deja de manifestarse, si bien jamás bajo un único rostro, bajo una única imagen, sino de maneras múltiples, disímiles.

⁴ *Ibidem*, p. 290.

Múltiples rostros superpuestos, ropaje teatral capaz de vestir a diferentes actores...⁵

Aprehensión perceptiva en primer término, cuestión del ver y de la mirada; constituida, luego, en objeto de conocimiento de una disciplina que busca cercarla analíticamente, transformarla en quehacer de un saber legitimado que ha impuesto ya el secuestro y la separación de los cuerpos en los que se manifiesta⁶.

Desde principios del siglo XX, los psiquiatras mexicanos siguieron los fieles retratos elaborados por E. Régis en su *Précis de Psychiatrie*⁷ que dejaba de lado –según el Dr. Agustín Torres– la etiología y la anatomo-patología de las enfermedades mentales⁸, para seguir uno a uno los síntomas y elaborar, a partir de ellos, detallados cuadros patológicos.

Régis propone una primera gran distinción entre las diversas formas de psicopatías: las psicosis (*maladie mentale*), enfermedades que lesionan el organismo en su funcionamiento; y las incapacidades mentales (*infirmité mentale*)

⁵ “En Psiquiatría tenemos: cuadros clínicos riquísimos en síntomas; los mismos síntomas apareciendo en distintos padecimientos por lo que un autor los compara a los vestidos de teatro, que hacen aparecer diferente al individuo, y que el mismo traje viste a diferentes autores.”, Torres, Agustín, Director del Manicomio General, “Razones por las cuales debe adoptarse la clasificación de enfermedades mentales, por el Prof. Tanzi, en el Manicomio General”, en *Revista Enciclopédica*. n.º 1, 1917. p. 46.

⁶ Cfr. (1886) Alejandro López. “*Algunos cuidados higiénicos especiales a los enajenados*”, Tesis de la E. N. de Medicina, México, quien propone medidas estrictamente disciplinarias como “el modo de aliviar la suerte de los desgraciados desheredados de la inteligencia”, medidas higiénicas en relación a las características que debían poseer las habitaciones; la alimentación, incluida la alimentación forzosa a quienes se rehusaran a comer; los tipos de baños a aplicar como medida terapéutica; las lavativas; el uso de la camisa de fuerza y de la silla de sujeción; la vigilancia constante; los cuidados durante el sueño y la vigilia; los juegos y distracciones, “[...] empleo benéfico de los medios suaves y coercitivos para mantener tranquilos a los enfermos que viven asilados”, p. 45. La preocupación de los médicos por los métodos disciplinarios deja de ser una cuestión relevante desde los inicios del siglo XX, y se centran en la necesidad de establecer cuadros sintomáticos, etiológicos y anatomo-patológicos de sus formas más generalizadas.

⁷ Cfr. E. Régis, *Précis de Psychiatrie. Ouvrage couronné par la Faculté de Médecine de Paris, 1887, par l'Académie de Médecine, 1895, par l'Institut (Académie des Sciences), 1907*, Paris, Octave Doin et Fils, éditeurs, 1909. (4^o édition)

⁸ Agustín Torres, *Razones... op. cit.*: “De paso, hablaré de la clasificación de Régis por ser la obra más consultada. Esta clasificación es más bien didáctica: agrupa las enfermedades sin relación etiológica, ni anatomo-patológica, sino más bien sintomática, y por lo mismo, es susceptible de las críticas hechas anteriormente a las clasificaciones sintomáticas.”, p. 49.

en que la lesión del organismo es de carácter constitucional producto de estigmas psíquicos y físicos.

Las enfermedades psicopáticas o mentales, en sentido estricto, provocan un conjunto de trastornos de diferente índole, ya sean de la ideación como el delirio; de la percepción, como las alucinaciones; de la afectividad como las obsesiones ansiosas; de la conciencia, al afectar la memoria y la atención; de la personalidad, dando lugar a estados de alienación, alternancia o sustitución de la misma; o bien trastornos de la actividad tales como los estados de excitación, depresión e impulsión.

Una idea delirante no es fácil de definir ni determinar; difícil también de ser inmediatamente observable en la superficie misma del habla; ella no es en sí misma absurda ni incompatible con el orden natural de las cosas y sólo aparece como "contraria a la evidencia de los hechos reales y sin razón de ser en la boca de aquél que habla"⁹. La idea se vuelve delirante solamente en relación con aquél que la enuncia, "en la boca de aquél que habla", al tiempo que se presenta en un sujeto concreto, generalmente acompañada y combinada por otras de la misma naturaleza; de tal manera que ese conjunto de ideas expresadas por el enfermo en su habla y en sus escritos, entrelazadas y combinadas, conforman el delirio, siempre de carácter singular. Es delirio, sí, pero delirio de "ese" loco y no de otro: cada enfermo fragua su propio delirio.

En las psicosis es frecuente la aparición de interpretaciones delirantes en que el paciente parte de un hecho cierto y extrae un conjunto de deducciones y conclusiones ilógicas, de tal manera que un hecho sin duda real puede conducir al sujeto a una convicción patológica. Las ideas delirantes que sirven de base al delirio pueden ser de muy diversos tipos: ideas de grandeza, riqueza y satisfacción; de humildad, desesperación, ruina y culpabilidad; de persecución; hipocondríacas; religiosas; eróticas y de transformación corporal; siendo las ideas de persecución las más frecuentes en las psicosis, ya sea con o sin alucinaciones que le acompañen.

⁹ E. Régis, *Précis...op. cit.*, p. 55

Los trastornos de la percepción aparecen, generalmente, bajo la forma de alucinaciones; es decir, de una percepción sin objeto que puede afectar el oído, la vista, el sentido del olfato, el gusto o el tacto. Los alucinados activos del oído son reconocibles a simple vista: "el signo característico es el aspecto de sus ojos, muy abiertos, fijos y brillantes, mirando sin ver, con una posición, una actitud, una expresión de la mirada que son aquellas de un hombre que escucha".¹⁰

Por otro lado, las emociones mórbidas más corrientes son la alegría desmedida de los estados maníacos; la cólera del delirio de persecución, la epilepsia y el alcoholismo; la tristeza, en tanto fondo de toda melancolía; el miedo y el terror de ciertos delirios; y la ansiedad que se presenta como un estado de incertidumbre y agitación, siempre acompañado de una sensación de malestar y opresión en la región precordial; ansiedad que muchas veces se transforma en verdadera obsesión¹¹, la cual –según Régis- es tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre, apareciendo, comúnmente, durante la infancia y la adolescencia.

Los trastornos de la afectividad también se hacen visibles, sea por su manifestación exaltada como en los casos de lipemania, erotomanía y en las fases iniciales de la parálisis general progresiva; o bien por su abolición o perversión como en ciertos delirios sistematizados o bien en los casos de degeneración.

Los sentimientos mórbidos más comunes se expresan por el egoísmo, la maldad, la mentira y la amoralidad. propios de la locura moral y la histeria; la revuelta, el odio y la venganza en los delirios de persecución; la generosidad y la prodigalidad en la parálisis general progresiva; la impotencia y sensación de

¹⁰ *Ibidem*, p. 76. Cfr. (1917) Gilberto de la Garza, "Breves apuntes sobre Alucinaciones. Algunas de las principales teorías que explican su mecanismo". Tesis de E. N. de Medicina, México.

¹¹ "La obsesión es un síndrome mórbido caracterizado por la aparición involuntaria y ansiosa en la conciencia de sentimientos o pensamientos parasitarios que tienden a imponerse al yo, desarrollándose paralelos a él a pesar de los esfuerzos por rechazarlos y creando así una variedad de disociación psíquica que en último término es el desdoblamiento consciente de la personalidad". E. Régis, *op. cit.*, p. 92. (cursivas en el original).

fracaso en la hipocondría intelectual y moral; de la misma manera que la humildad y la contrición aparecen en las formas de melancolía.

El médico deberá fijar su atención en los diversos gestos y mímicas del sujeto: dolorosos o agitados, agradables o violentos; pasivos o activos; y detenerse a observar, muy especialmente, los trastornos del lenguaje: dificultad para expresarse, incoherencias, logorreas; uso de neologismos, de formas poco comunes y singulares y de estereotipias; variaciones en el timbre de la voz volviéndose más grave o más aguda según la ocasión; variaciones en la entonación, un habla susurrante o bien con voz estridente y amenazante; registrar, también, los diferentes usos del lenguaje: ampuloso, pretencioso o con ciertos rasgos dramáticos; utilización excesiva de metáforas, alegorías, sentencias o palabras de doble sentido. Observar también si hace uso de un lenguaje respetuoso siguiendo las prescripciones de la buena educación o bien un lenguaje trivial, campechano que no respeta las diferencias de clase o autoridad de sus interlocutores, burdo, desprejuiciado y obsceno...

Habrá que prestar especial atención a los trastornos del lenguaje escrito, "los cuales son tan frecuentes en los alienados, si no es que más que los trastornos del lenguaje hablado".¹²

Dislogias gráficas que se presentan por problemas de coordinación de los movimientos y que se hacen evidentes en la ejecución de la escritura, debido a parálisis, contracciones y temblores que aparecen en las psicosis tóxicas y en la parálisis general progresiva. Podrán encontrarse *disgrafías* que resultan de los trastornos producidos en la función del lenguaje como en el caso de las afasias, o bien es posible que haya una abolición de la escritura, común en los casos de demencia y estupor.

Las principales *dislogias gráficas* se clasifican conforme a que los enfermos escriban frenéticamente (grafomanía, graforrea o manía de escribir de los estados maníacos, delirios sistematizados y en los inicios de la parálisis general), o bien a que se resistan a hacerlo (mutismo gráfico de la melancolía y el estupor). Han de clasificarse, también, conforme al aspecto general del

¹² *Ibidem*, p. 127 y sgtes.

escrito, sea en papel limpio, realizado cuidadosamente y de forma ordenada y regular, como es el caso en los delirios sistematizados, o realizados de manera desordenada, irregular y poco limpia como en los estados maniacos y en las demencias. Será necesario, a su vez, tomar en cuenta

"[la] disposición de las líneas y de las palabras superpuestas en todos los sentidos, o bien en formas especialmente acabadas, aunque curiosas, de caligrafía; escritura enorme, larga, gruesa o fina, con o sin anotaciones, alegorías, figuras geométricas, signos cabalísticos siempre los mismos (estereotipias gráficas de las psicosis crónicas, de la demencia precoz) [...]; mayúsculas, subrayados, acentuación, puntuaciones bizarras, letras invertidas, escrituras que cambian varias veces, firmas extraordinarias; modificaciones curiosas de la ortografía, empleo de palabras nuevas, neologismos incomprensibles o no, supresión completa o incompleta de ciertas palabras, verbos, adjetivos, etc., etc."¹³

Por otro lado, se sabe que los escritos de los alienados son dirigidos, por lo general, a personajes diversos, especialmente autoridades, y también pueden tomar forma de testamentos. "Todo es a observar, desde el encabezado hasta el sobre y la rúbrica". También son frecuentes los textos literarios, religiosos, políticos y aun científicos, por lo general de escaso valor, aunque hacen posible acceder a la calidad de la imaginación, del ingenio y de la elocuencia del enfermo.

"Es siempre bueno buscar la forma de hacer escribir a los alienados. Es, en efecto, un medio excelente para darse cuenta de su estado mental; el delirante más disimulado, muy a pesar de sí mismo y del hecho de oponer, a las preguntas que se le hacen, el mutismo y la reticencia, deja escapar en sus escritos algunos signos reveladores de su delirio, especialmente en los escritos de cierta extensión".¹⁴

Si bien el texto puede gozar de la perfección de los textos realizados por individuos razonables en las primeras páginas, a medida que avanza "el delirio, la confusión, la incoherencia aparecen con mayor claridad".

Son estos los síntomas en los cuales el médico está obligado a fijar su mirada, desplegados ante sí se hacen evidentes en las palabras enunciadas o escritas por el enfermo, en sus gestos, maneras y formas de actuar. Esos

¹³ *Ibidem*, p. 128.

¹⁴ *Ibidem*, p. 129.

síntomas están allí, presentes en el cuerpo y en el actuar y gesticular, abiertos a la percepción de un "ojo clínico" dispuesto a observarlos. Síntomas que, entrelazados y en combinación, evidencian síndromes perceptibles que, observados en el paciente, permiten emitir el diagnóstico.

Serán objeto también de observación los actos delirantes o impulsivos. Entre los primeros, los más comunes son los comportamientos groseros, impropios, exhibicionistas, obscenos y escatológicos, propios de la demencia; los actos de violencia, de destrucción y de furor ciego y súbito que aparecen en los estados maníacos y en la epilepsia; el rechazo a alimentarse y las tendencias al suicidio en los melancólicos; los actos homicidas de los delirios de persecución y de la epilepsia; y los robos y actos incendiarios que aparecen, con cierta regularidad, en la demencia, el furor imbecil y también en la epilepsia.

En cuanto a los actos impulsivos, acciones que tienden a convertirse en actos reflejos, repetitivos y recurrentes, aunque de naturaleza psicológica, se presentan con mayor frecuencia bajo la forma de gestos, tics y palabras repetitivas y también como actos ridículos y bufonescos, estúpidos y extravagantes, eróticos y repugnantes, al igual que actos de robo y apropiación de objetos; de destrucción y violencia contra sí mismos y contra los otros y de intoxicación con alcohol y con drogas.

La dipsomanía se presenta como una impulsión a beber, tendencia imperiosa convertida casi en acto reflejo, habitualmente pasajera y por accesos; por ello se diferencia del alcoholismo, el cual no es más que el envenenamiento por alcohol, resultado de un hábito ya crónico.

Le correspondió a Magnan – tal como lo hace explícito Régis, haber realizado la descripción certera de la dipsomanía en tanto impulsión irresistible a beber luego de un acceso, que aparece claramente en los degenerados. Los accesos son precedidos por una serie de prolegómenos que se repiten: un sentimiento vago de tristeza imposible de remontar; depresión y sensación de fracaso que los obliga a abandonar sus trabajos; aparición de ideas obsesivas, oscuras y negras; fuerte sensación de sentirse amenazados por un mal próximo. El carácter se transforma en agrio y áspero, los sentimientos se alteran y los

enfermos se vuelven indiferentes con los seres más queridos. Por otro lado, aparecen síntomas físicos, tales como la anorexia y la ansiedad precordial; se les cierra el epigastrio y, a veces, también la garganta, no pudiendo ingerir alimentos sólidos; al tiempo que son presos de una intensa e insaciable sed. En los accesos, nada los detiene; les es necesario, a cualquier precio, ingerir bebidas alcohólicas y realizarán cualquier acción, cometerán cualquier falta moral, realizarán cualquier exceso, a fin de lograr su ingesta.

Después del acceso, el dipsómano se hace reproches, se disgusta consigo mismo por su falta de voluntad, por no haber podido hacer frente a la impulsión; se esconde, se aísla, se llena de pena y vergüenza. Los accesos son intermitentes y obsesionantes. Este conjunto de síntomas que retratan al dipsómano y lo diferencian del alcohólico crónico fueron ampliamente conocidos, en La Castañeda, dado el fuerte número de intoxicados por alcohol al que daban albergue.

Otro síntoma preciso, capaz de revelar la locura se encuentra en la falta de sueño, en el insomnio persistente durante las noches, acompañado por un cierta somnolencia durante el día; de la misma manera que son síntomas claros los constantes y persistentes problemas gástricos y/o cardíacos.

El texto de Régis funcionaba en el Manicomio como un verdadero manual, ya que al delinear uno a uno los síntomas entrelazados, elaboraba los cuadros típicos y frecuentes en que se manifestaba la locura. Retratos fieles de las psicosis generalizadas en sus formas agudas, crónicas y cíclicas; pinturas de la confusión mental, de la manía, la melancolía y de la psicosis maniaco-depresiva en su doble forma. Eran también retratadas las psicosis sistematizadas y progresivas, consideradas como formas esenciales que se manifestaban por conducto de delirios, fuesen hipocondríacos, de persecución o ambiciosos.

En los cuadros patológicos elaborados por Régis, también encuentran lugar las formas constitutivas de discapacidad mental, fuesen de evolución como las desarmonías, los degenerados medios y la monstruosidad; o de involución como las demencias, ya simples o bien acompañadas de psicosis.

En 1917, el Dr. Agustín Torres, director en esos años de La Castañeda, critica la clasificación de Régis, e intenta implantar, entre los médicos del hospital, el uso de “la clasificación etiológica, clara y precisa” del Dr. Tanzi¹⁵, que centraba su mirada en las causas desencadenantes de la enfermedad mental: envenenamientos por alcohol, morfina o cocaína; infecciones tóxicas o auto-intoxicaciones (amencia, psicosis urémica o tiroidea); escefalopatías (parálisis general progresiva, cerebropatías infantiles o de adultos como la sífilis, la demencia senil, la idiocia adquirida, el trauma y el tumor cerebral). No dejaba de lado las enfermedades producidas por causas psíquicas o afectivas (manía, melancolía y psicosis circular); por neuropsicosis constitucionales (neurastenia, histeria y epilepsia); por demencia precoz (hebefrénica, catatónica y paranoide) y; finalmente, por anomalías mentales degenerativas (perversión del instinto sexual, locura constitucional, paranoia e imbecilidad hereditaria). Clasificación de “carácter científico, ya que en ella prima el criterio etiológico y de causas morbosas bien determinadas”, dando lugar a la agrupación de los padecimientos en entidades clínicas amplias y delimitadas.

La crítica del Dr. Torres a las clasificaciones en uso durante la época, se basa en que, si bien todas marcan la herencia como factor principal en la neurosis y en la degeneración, “quedan en la sombra las causas morbosas somáticas y externas, debido indudablemente a la persistencia de las ideas metafísicas, que considerando el espíritu como independiente del cuerpo, no percibieron la influencia de las causas somáticas y externas, fijándose solamente en las causas internas o sea la herencia”¹⁶.

Ya en la década de los años veinte, surge en el Manicomio la preocupación por contar con historias clínicas bien elaboradas, exigiendo la dirección a los médicos tratantes que mantuvieran dichas historias al día, completándolas tras cada observación realizada al paciente, al mismo tiempo que se les exige consignar por escrito los diagnósticos emitidos.

¹⁵ *Ibidem.*, p. 47.

¹⁶ *Ibidem.*, p. 48.

Mensajes y notas del Director del establecimiento al médico que elaboró el diagnóstico, respuestas un tanto ásperas de los médicos que resienten el control de la dirección sobre su quehacer clínico e interpretan sus comentarios y exigencias como una crítica abierta o velada a su saber.

A partir de los inicios de la década de los veinte, la producción de historias clínicas y elaboración de diagnósticos comienzan a convertirse en prioridad. El director las exige y urge a los médicos tratantes su realización, quedando constancia de ello en los expedientes clínicos.

Septiembre de 1923

[...] sírvase usted hacer la historia de la asilada de su Pabellón cuyo pase solicita usted hoy para el departamento de agotadas, pues pudiera agravarse y fallecer en aquel pabellón y es necesario que no quede trunca esta historia.¹⁷

Diciembre 22 de 1923.

Habiendo fallecido en el departamento de Neuro sífilis a cargo de usted los asilados T. y J., en las fechas 17 y 22 del presente, he notado que las historias clínicas no están hechas, por lo que suplico a usted se sirva hacerlas desde luego para que queden completos esos expedientes.

Lo mismo digo a usted de la del asilado A.A. que va a salir de alta, a solicitud de su familia el día de mañana, encareciéndole de igual manera que los anteriores, su terminación inmediata. De usted atentamente. El director.¹⁸

Sr. Doctor

La historia que antecede no consignan el diagnóstico de la enfermedad mental. Habiendo estado ocho días en su pabellón esta enferma seguramente que hizo ud un diagnóstico de presunción. Además en el certificado de defunción consigna ud "no se hizo diagnóstico de la Enfermedad principal" que se refiere a la enfermedad mental. Esta declaración en un documento oficial deprime el prestigio del establecimiento. Enero 1924.

Nota del Director:

Suplico al dc. Martínez medico del pabellón de mujeres se sirva observar a esta enferma y decir si está de acuerdo con el diagnóstico. Agosto 18 de 1926¹⁹

¹⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 136, exp. 33, Paciente M. Dx. Demencia Precoz hebefrénica.

¹⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 135, exp. 37. Paciente H. Sin/Dx. Se guarda su ortografía y sintaxis original.

¹⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 195, exp. 25. Paciente M. Dx. hoboidofrenia.

Los médicos responden al Director de manera inmediata, produciéndose un ríspido intercambio, del cual queda registro en las mismas historias clínicas:

En cada caso no ponemos los diagnósticos discutiéndolos porque sería cuestión de escribir un libro de patología mental a propósito de cada enfermo. Por otra parte en la historia se consignan los datos observados por el tiempo que están los enfermos en el pabellón y no pueden ser historias "modelos" por la premura del tiempo y por el medio en que nos encontramos en este manicomio pues resultaría inútil hablar de pruebas de masscion, de fichen, etc. Por lo tanto con esta aclaración creo que estará ya bien definida el por qué de mi diagnóstico acerca de esta enferma. Dr. Martínez.²⁰

Los directores, a su vez, hacen uso de un indiscutido autoritarismo en sus notas, mensajes y memorandos a los médicos por la vía del expediente clínico, en ellos objetan los diagnósticos emitidos por los internos, no toleran con facilidad que éstos sostengan diagnósticos propios. Estos mensajes ponen en evidencia la tensa relación entre el personal clínico y los órganos de dirección.

Memorando del dc. Martínez, Director al dc. Gustavo Castañeda, médico interno.

El diagnóstico de "manía crónica" hecho por usted al enfermo J. fue objetado por mí y en contestación me dice usted que se basaba en hacer ese diagnóstico en la atenuación de los síntomas de "manía aguda".

Si se fijó usted en lo que dice el autor que cita, señalando entre otras la atenuación de síntomas de manía aguda, verá usted que lo que caracteriza la manía crónica además de la atenuación y como cosa esencialísima es: la persistencia indefinida de los síntomas de la manía aguda. Como usted afirma que ya terminó la manía aguda de este enfermo y ha entrado a la cronicidad, y a mi me parecía esta afirmación prematura, puesto que el enfermo tiene su manía aguda desde hace tres meses y el momento preciso en que se opera el paso del estado agudo al crónico, no es fácil de precisar, para definir si ya esto había sucedido en el enfermo, nombré a los doctores Fernando Meléndez y Martínez Sotomayor, para que me dieran su opinión.

Del resultado de su estudio se vé que su opinión es adversa a la de usted y piensan con el señor dc. Tejeda, que este enfermo tiene la manía aguda diagnosticada por dicho doctor.

Con la mejor intención de que esta nota le haga leer este capítulo de la psiquiatría, y nos conceda la razón después de su lectura, se la envió a usted; allí verá usted que cuando se ha visto a un maniaco crónico de los asilos de enajenados, no es fácil olvidarlo y el mismo autor que usted invoca en su favor para apoyar su tesis, los retrata admirablemente. Comprendiendo que

²⁰ *Ibidem.*

usted no quedará conforme con la opinión de los doctores citados, para llegar a un entendimiento sobre el diagnóstico de este enfermo, puede usted pedir el auxilio de todos los compañeros del establecimiento que juzgue conveniente y que estudiando como usted este enfermo estén de acuerdo con la opinión de "manía crónica" me rindan un dictamen de acuerdo con las ideas de usted.

Junio de 1924.²¹

A partir del año 1926 comienza a aparecer en los expedientes, con cierta regularidad, un sello que sintetiza la exigencia institucional impuesta a los médicos de consignar diagnósticos y dar su opinión con relación a los diagnósticos ya existentes en las historias clínicas

<p>El dr..... deberá estudiar a éste enfermo y dar su opinión sobre diagnóstico anterior. Manicomio General..... El Director</p>
--

Este sello da lugar a ásperos intercambios entre la dirección y los médicos tratantes. Es percibido, por el personal clínico, como una forma de control, una manera de estar expuestos a la mirada vigilante de la dirección y una puesta en duda de su saber.

Los médicos internos responden al director de manera airada, haciendo acopio de citas de manuales y tratados de psiquiatría:

[...] Me he visto obligado a hacer estas consideraciones para poder refutar la nota que se sirvió ud ponerme al pie de la historia y sin animo de decir nada nuevo puesto que estos conocimientos acerca de la esquizofrenia se han vulgarizado ya bastante entre los especialistas. A demás quiero hacer notar una vez más, porque ya lo he anotado en otras ocasiones, que los diagnósticos del pab. de observación no equivalen a dictámenes, no llevan ninguna precisión científica y son hechos para clasificar a los enfermos en el pabellón que les corresponde, pues de otro modo resultaría que el único médico del manicomio que hiciera labor de tal sería el de observación. Nuestro medio raquíto en este establecimiento donde se pasan dos semanas para conseguir 10 ampollas de cac. de sodio y donde hay que esperar 3 o 4 para dar un baño tibio a un enfermo no nos permite proporcionar ningún estímulo para dedicar todo el tiempo que sería indispensable para hacer historias más completas, detalladas al extremo...²²

²¹ AHSS, FMG, SEC, caja 156, exp. 50. Paciente H. Dx. Manía aguda.

²² AHSS, FMG, SEC, caja 195, exp. 45. Paciente M. Dx. demencia heboidefrenia

Las notas del Director a los médicos tratantes en relación a los diagnósticos continúan apareciendo en las historias clínicas, haciendo evidente las presiones, tensiones, diferencias y conflictos entre el director de turno y los médicos internos.

Agosto 18 de 1928

Dc. Andrés Contreras:

El enfermo que corresponde a esta hoja clínica aparece con diagnóstico de confusión mental teniendo dos años en el establecimiento y en abril 20 de noviembre de 1927 aparece que ya había déficit mental global a ese se llama en psiquiatría, estado demencial, además de otras consideraciones a este respecto, sirvase ud. reconocer ese dx.

El Director

Septiembre de 1928

Después de haber estudiado detenidamente el caso del asilado G.G. que falleció el día 18 de agosto del presente año llegué a la conclusión de que se trataba de un caso de esquizofrenia simple en vista de que habían mejorado sus facultades mentales.

Dc. Contreras²³

A partir de 1930, aparece, repetitivamente en casi todas las historias clínicas, un nuevo sello.

Sr Dr Ruego a Ud consigne mensualmente en la historia clínica de este enfermo los cambios en el Estado mental que note en él.
Manicomio General a. El Director.

Por otra parte, a partir de los años veinte, ciertas enfermedades mentales, más que otras, atraen la atención de médicos y practicantes, quienes realizan investigaciones con los pacientes asilados, sometiéndolos a estudios de laboratorio y a ciertas y determinadas medidas terapéuticas. Intentan hallar una

²³ AHSS, FMG, SEC, caja 65, exp. 47. Paciente H. Dx. Confusión mental. Dos entradas: 1916 y 1926. La discusión entre el director y el médico tratante tiene lugar después de la muerte del paciente. (Subrayado en el original).

conexión directa, de causa a efecto, entre alguna disfunción orgánica y determinadas formas de psicosis.

La Confusión Mental, también denominada amencia por algunos autores, atrae muy especialmente la atención de los médicos a principio de los años veinte. Conocida desde los inicios del siglo XIX bajo la denominación de demencia o imbecilidad aguda (Esquirol y Pinel) o de melancolía con estupor (Baillarger), le correspondió a Klippel y Griessinger, en Alemania, el haberle dado la denominación de confusión mental (*Werwircktheit*); en tanto que la psiquiatría francesa delineó sus síntomas y precisó su etiología.

Régis la define como una psicosis generalizada caracterizada por una torpeza, un adormecimiento tóxico de la actividad psíquica superior, llevada a veces hasta su misma suspensión, acompañada o no de automatismo onírico delirante.

La Confusión Mental se caracteriza por una persistente disociación de las ideas, acompañada de muy diferentes cuadros: pasividad absoluta que puede llegar al estupor; alucinaciones; agitación y reacción automática de la actividad general y del lenguaje, apareciendo siempre la desorientación y disociación de ideas.²⁴ En su forma crónica alcanza una manera especial de manifestarse durante la adolescencia, que será denominada, en este caso, demencia precoz.

El origen de la Confusión Mental puede encontrarse en la evolución de ciertas enfermedades infecciosas, en determinadas auto-intoxicaciones o bien en la herencia; aunque se pueden encontrar un conjunto de causas que predisponen su aparición, fundamentalmente el desgaste físico y mental: "cansancio físico, asoleo, viajes prolongados, abstinencia de alimento como pasa en los vagabundos, miseria, estado de debilitamiento orgánico por una enfermedad general, choques morales intensos o repetidos, fatiga psíquica, etc."²⁵

Sus síntomas más comunes son la cefalea y el insomnio; la percepción retardada o casi abolida; el atolondramiento en que el paciente parece no oír ni percibir nada de aquello que lo rodea; una actitud de indiferencia y un tono

²⁴ (1920) J. Rodríguez Caballero, *Estudio sobre la Confusión Mental*. Tesis de la Facultad Nacional de Medicina, Universidad Nacional de México. p. 13.

²⁵ *Ibidem*, p. 15.

emocional incapaz de reaccionar, aún ante las excitaciones más intensas. El paciente se aparta de lo real, sus ideas se caracterizan por una notoria dislocación, absurdas y sin conexión entre sí. Evidente desorientación de su espíritu en que también aparecen ideas múltiples que asumen el carácter de alucinaciones e ilusiones; al tiempo que confunde a las personas, las cosas, las ideas, los recuerdos, apareciendo serios trastornos en su memoria: "la mente no fija, no graba los hechos que se acaban de vivir".

"El rostro se le puede caracterizar diciendo que es una máscara, siempre inmóvil, (...) aunque la expresión mímica manifieste cierto estado afectivo que puede ser de tristeza, y guarda espontáneamente su inercia." Su única reacción afectiva es la indiferencia, permanece insensible: no hay cólera, ni temor, ni alegría...no hay afectos familiares ni amistosos. "Es la indiferencia emocional propiamente dicha".²⁶

Aparecen, también, profundas alteraciones en el organismo: movimientos lentos, escasa fuerza muscular, perturbaciones de la motricidad como catatonias, contracturas, convulsiones, espasmos, temblores, anestias y parestesia; perturbaciones digestivas y alteraciones hepáticas. Es fácil de diagnosticar si la causa se encuentra en infecciones o en la autointoxicación; en caso contrario, puede confundirse con la parálisis general, la manía o la melancolía con estupor.

Rodríguez Caballero encuentra, como resultado de sus estudios de casos, la evidencia de una relación estrecha entre la hipofunción hepática y el desenvolvimiento de la confusión mental.

"Ya no nos sorprenderá, pues, que la Confusión Mental tenga su origen durante una intoxicación o infección, dada la alteración del funcionamiento hepático; pero este hipo-funcionamiento persiste aún mucho tiempo después de las causas que lo han motivado, como pasa con los alcohólicos en quienes nada extraño es suponer que el hígado, no tan solo es herido en su funcionamiento, sino que también en su estructura anatómica"²⁷

²⁶ *Ibidem*, p. 18.

²⁷ *Ibidem*, p. 73.

La confusión mental con delirio alucinatorio agudo es, por lo tanto, una psicosis producto de estados de intoxicación, muy comunes en México, ya que junto “a los alcoholes y las bebidas embriagantes de tan baja calidad de nuestro pueblo”, se producen otro tipo de intoxicaciones a causa de

“la alimentación defectuosísima, miserable, la incuria en la preparación de esos condimentos, verdaderos venenos; además de que hay causas tales como la falta absoluta de higiene, los desgastes por el desvelo y las emociones intensas del barrio y de las vecindades por los escándalos que allí se producen. Esta forma es de las más comunes en nuestro medio clínico y se presta para un estudio muy atento”.²⁸

En tanto que aquellas producidas por infecciones son muy frecuentes en las salas clínicas de los hospitales.

Por su parte, en 1924, el Dr. Samuel Ramírez Moreno, que será años más tarde un respetado maestro de la Facultad Nacional de Medicina y reconocido director del Manicomio, presenta su tesis referida a una enfermedad común en el medio, la Parálisis General Progresiva, efecto de la sífilis, que había logrado una importancia relevante en el campo de la patología, en función de los estudios realizados por Bayle²⁹ en 1822.

El trabajo presentado por Ramírez fue resultado de un conjunto de estudios y observaciones llevados a cabo con enfermos internados en el Sanatorio privado del Dr. Lavista en Tlalpan y en el Manicomio General. En este último, fundó, con el apoyo del Dr. González Tejada y del Director Manuel Sunderland, un Pabellón de Neuro-Sífilis, donde fueron ubicados todos los internos que padecían de sífilis y en especial los paralíticos generales que se encontraban dispersos en diferentes pabellones.

Samuel Ramírez, para la elaboración de su tesis, tuvo la posibilidad de observar y estudiar cien enfermos y sostiene en ella que “la enfermedad a la

²⁸ *Ibidem*, p. 26.

²⁹ “[...] en todas las épocas de la enfermedad existe una relación constante entre la parálisis y el delirio [...], no podemos por lo tanto, negarnos a admitir que esos dos desórdenes de fenómenos son los síntomas de una misma enfermedad, es decir una aracnitis crónica”, Antoine L. J. Bayle, *Recherches sur les maladies mentales*. Th. Méd. Paris. núm. 147, Paris, Didot Jeune, 1822, citado por Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, *op. cit.* pp. 157 y 158, n. 17.

cual se ha convenido en distinguir con el nombre de *Parálisis General Progresiva es siempre de origen sifilítico*.³⁰

Si el psiquiatra se encontraba frente a un trastorno mental de causa desconocida, lo primero que debía sospechar era que el enfermo estaba afectado de sífilis y, por lo tanto debía realizar inmediatamente un estudio del líquido cerebro-espinal. De esta manera, cuando un hombre, entre los 30 y 50 años, presentaba un trastorno mental cualquiera, el médico debía pensar inmediatamente en la presencia de una Parálisis General, ya que esta enfermedad había generalizado su incidencia en el mundo entero, y “ya empieza a invadir a las razas aborígenes y en México se presenta con mucha frecuencia, pues así lo atestiguan los enfermos de los manicomios”.³¹

Los médicos se enfrentaban a serios problemas: las nominaciones dadas a determinados cuadros patológicos se modificaban con excesiva frecuencia; psiquiatras alemanes y franceses otorgaban a cuadros clínicos semejantes nombres diferentes, y las nominaciones se transformaban muy pronto en obsoletas; por otro lado, un padecimiento podía ser fácilmente confundido con otro, dado que diferentes psicopatías compartían síntomas y sus etiologías podían guardar una clara semejanza entre sí.

Por otra parte, los estudios etiológicos se desarrollaban con lentitud, permaneciendo oscuras e inaccesibles las causas que originaban los diferentes males; aunado a la evidencia de que la mayoría de esos padecimientos se mostraban incurables al no responder adecuadamente a tratamientos medicamentosos. Los pronósticos eran siempre desfavorables: evoluciones progresivas que conducían a los pacientes a un estado de demencia global que “los convierte en seres inanimados, y cuerpos sin alma, situación que se agrava por el hecho de que pueden permanecer en este estado por muchos años”³²

³⁰ (1924) Samuel Ramírez Moreno, *Estudios acerca de la Parálisis General Progresiva*, Tesis de la Facultad Nacional de Medicina, Universidad Nacional de México. (cursivas en el original)

³¹ *Ibidem*, p. 36.

³² (1925) Guillermo Dávila, *Estudio Clínico de la Esquizofrenia y de sus diferentes formas*, Tesis de la Facultad Nacional de Medicina, Universidad Nacional de México.

En 1899, Kraepelin, introdujo el cuadro psicopatológico de la Esquizofrenia conocida y nominada de muy diferentes formas hasta entonces: demencia precoz, idiotez accidental o adquirida, demencia precoz juvenil, hebefrenia, demencia vesánica precoz, confusión mental crónica, locura discordante, demencia aperceptiva, desarmonía intrapsíquica, ataxia, demencia sejuntiva, hebefreno-catatonía, variando según las escuelas o los diferentes autores.

Más allá de las diferentes nominaciones utilizadas en los diagnósticos, todas ellas conjuntaban una serie de síntomas semejantes que indicaban el desquiciamiento o incoordinación de los elementos componentes de la psiquis, apareciendo habitualmente en la juventud, siendo de marcha progresiva, considerada, por los psiquiatras de la época, "hasta hoy completamente incurable".³³

La Esquizofrenia o demencia precoz, en tanto denominación más frecuente, era considerada -por el Dr. Dávila- como una de las enfermedades mentales con mayor ocurrencia en México, siendo prueba de ello el alto porcentaje de asilados con este padecimiento en los manicomios (25%), proporción semejante a los afectados de Parálisis General Progresiva. Las causas se encuentran especialmente en la herencia y en las intoxicaciones producidas por alcohol, o bien por una alteración en el funcionamiento de las glándulas de secreción interna (testículos, ovarios y tiroides).

Le correspondió, entonces, a Kraepelin el haber aislado "la demencia precoz" del conjunto de enfermedades mentales otorgándole el nombre de esquizofrenia. Su forma paranoide se caracteriza por la aparición de ideas delirantes, absurdas, extravagantes y por alucinaciones que varían constantemente. Los delirios propios de los esquizofrénicos pueden tomar formas disímiles, ser polimorfos no sistematizados o bien adoptar formas coherentes y sistematizadas de conjunto, lo que posibilitaba su confusión con otro tipo de delirios, tales como el denominado Delirio Crónico de Magnan.

Los delirios sistematizados y alucinatorios atrajeron la atención de los médicos a mediados de la década de los veinte, buscando establecer cuadros

³³ *Ibidem*, p. 22.

clínicos precisos que hicieran posible y facilitaran los diagnósticos. Esos delirios se caracterizan por múltiples trastornos psico-sensoriales, en especial alucinaciones de carácter auditivo que “tienen un largo período de incubación, pero cuando llegan a la calidad de **fonemas**, revelan ya la sistematización e invaden más y más el campo de la conciencia”; al igual que las alucinaciones del olfato y del gusto dando origen a ideas persistentes de envenenamiento.³⁴

Las alucinaciones, entonces, se entrelazan con ideas delirantes múltiples de manera sistematizada, de tal manera que el enfermo edifica un sistema completo y cerrado de explicaciones destinado a demostrar y justificar lo que siente; ideas siempre organizadas alrededor de una que se convierte en directriz y que puede diferir de carácter en un caso o en otro: puede ser de persecución, de celos, de grandeza, de riqueza, de humildad, de ruina, eróticas, místicas, hipocondríacas, de transformación corporal... Las ideas directrices de persecución suelen ser las más frecuentes y, también, las de mayor peligrosidad.

Los pacientes elaboran formas de defensa ante esas ideas persecutorias, siendo la más común la escritura que toma la forma de “largas cartas a las autoridades, a los jueces, a los mandatarios”.³⁵

En este tipo de enfermos es fundamental observar la manera que asume su lenguaje tanto oral como escrito. En el oral aparecen dialogias: “forman palabras o frases de muletilla (estereotipias verbales) que son signos evidentes de cronicidad”, o bien “hay una modificación de la dicción expresiva, la voz se encuentra alterada en la intensidad, la altura y el timbre”. En cuanto al lenguaje escrito, hacen su aparición una serie de dislogias gráficas que

[...] revelan también trastornos intelectuales y los escritos son de un valor inmenso, pues traducen casi siempre todo el conjunto del sistema delirante.

En algunos hay **graforreos**; usan generalmente papel limpio, su letra es regular, cuidadosa [...] Algunos modifican la forma de su letra para que no

³⁴ (1926) Francisco Núñez Chávez, *Estudio clínico de los Delirios Sistematizados Alucinatorios*, Tesis de la Facultad Nacional de Medicina, Universidad Nacional de México, pp. 39 y sgtes. (negritas en el original)

³⁵ *Ibidem*, p. 49.

sea conocida por sus enemigos; hacen figuras alegóricas, geométricas, signos caprichosos "para ahuyentar los espíritus que los molestan", etc. Por lo común, los escritos son epistolarios, dirigidos a las autoridades y llenos de reclamaciones y acusaciones; otros, más raramente en verso y muchas veces conservan las reglas de la prosodia. En estos enfermos nunca debe omitirse el estudio de los escritos.³⁶

Diagnosticar a los enfermos se volvía, para los médicos, una tarea cada vez más difícil, en función de la aparición constante de nuevas nomenclaturas que incluían sintomatologías ya conocidas, con etiologías y consideraciones anatómo-patológicas diferenciadas, con evoluciones distintas y con nuevas propuestas terapéuticas; dificultad acrecentada dado que padecimientos conocidos bajo diferentes nomenclaturas podían, a su vez, compartir síntomas con otros, lo que hacía posible confundirlos.

A pesar de las dificultades con que podían enfrentarse los médicos en su tarea de dar un diagnóstico conclusivo con la sola observación de los síntomas que los enfermos evidenciaban, la institución los instaba y obligaba a emitirlos con toda prontitud.

Por ello, las cartas y escritos de los pacientes se transformaron en elemento clave para la elaboración del diagnóstico; ya fuesen textos escritos voluntariamente por los pacientes, síntoma de grafomanía, o bien escritos bajo la incitación de los médicos. Las cartas y escritos se constituyeron en un material de fundamental importancia en la elaboración de los diagnósticos, motivo de más para que esos textos formaran parte de la historia clínica, ya que a partir de ellos era posible acceder, rápida y de manera efectiva, a determinadas manifestaciones que reflejaban de manera contundente el trastorno y hacían posible el diagnóstico. Las cartas, textos y escritos de los pacientes se constituyeron en el espejo reflejante del mal, en una evidencia abierta a la mirada.

Por otro lado, ese conjunto de padecimientos psicopáticos en sus múltiples y variadas formas eran objeto, casi siempre, de un pronóstico reservado y desfavorable, aparecían como psicopatías crónicas e incurables; por lo tanto, el

³⁶ *Ibidem*, pp. 53 y 54. (negritas en el original)

aislamiento del paciente de su medio y su reclusión en un espacio terapéutico, a fin de aplicarle medidas higiénico-disciplinarias, seguía siendo considerado imprescindible. Reclusión obligatoria y terapéutica, que “los aleja de los continuos excitantes y del medio que los rodea” (...) “para someterlos a sistemas ordenados de higiene, y al decir esto me refiero a la buena alimentación, al sueño, a los ejercicios ordenados, etc.”³⁷

Es por ello que durante los primeros veinte años de funcionamiento de la institución, no se puso en duda la necesidad del encierro para el tratamiento de la enfermedad mental, ni tampoco se dudó de la eficacia de los procedimientos higiénico-disciplinarios. No hay que olvidar que el Manicomio nació al amparo de ese tipo de consideraciones, cuya eficacia no era puesta en discusión, al mismo tiempo que se les consideraba imprescindibles en todo tratamiento.

Los médicos psiquiatras consideraban que si La Castañeda no cumplía cabalmente con sus objetivos se debía, fundamentalmente, a un funcionamiento defectuoso, resultado de serios problemas presupuestales, por un lado y, por el otro, debido a la existencia de un personal sin preparación, “ignorante e inepto”, que asumía, para ellos, el carácter mismo de “lo local” y “lo nacional”, que iba mucho más allá de la Institución, dado que asolaba al país en su conjunto.³⁸

La “pobreza”, la “raza indígena”, el “pueblo”, la “ignorancia” y el “alcoholismo” son un conjunto de categorías que califican, según los psiquiatras, a la población mexicana, siendo indiscernibles entre sí, cual si todas estas categorías entremezcladas y transmitidas por una “herencia”, desafortunadamente irrenunciable, calificaran a un “tipo de sujeto” propio de estas tierras. Herencia que marca y caracteriza, según los psiquiatras, a la “a la gente de nuestro pueblo”. Consideraciones de este tipo se repiten incesantemente en las historias

³⁷ (1925) Guillermo Dávila, *Estudio Clínico... op. cit.*, p. 155.

³⁸ “[...] Aprovecho la oportunidad para repetirle lo que en tantas ocasiones hemos convenido, ya verbalmente, ya en nuestros escritos, sobre las deficiencias que existen en este servicio y que resaltan en los casos como el presente en los que se palpa la necesidad de corregirlos. Estas deficiencias consisten principalmente en la escasez de ropa y tanto de cama como para los enfermos, en la misma escasez y más que ésta, la incompetencia de los vigilantes que pertenecen a nuestras clases ignorantes e ineptas [...]”. 4/10/1924. Carta del Director Nicolás Martínez al Director de la Beneficencia Pública, hermano del paciente. AHSS, FMG, SEC, caja 166, exp. 32. Paciente H. Dx. Parálisis General Progresiva.

clínicas, en las descripciones que los médicos hacen de la conducta y del comportamiento de los pacientes. Los prejuicios morales, étnicos y de género de muchos de ellos se muestran en toda su evidencia y se convierten en un elemento constante de sus decires:

En el tiempo que hemos observado a este asilado no hemos encontrado en él nada anormal, pues si tenemos en cuenta su raza indígena, su poca cultura y su escaso rozamiento social nos explicamos sus deficiencias que lo hacen aparecer como inferior. La perturbación mental que ameritó el que nuestro asilado ingresara en este establecimiento probablemente es de las que sobreviven en la edad crítica en individuos predispuestos y tarados. Dr. Monjaras y Quevedo.³⁹

De los exámenes practicados en ella he obtenido lo siguiente: M. Es una mujer de pequeña talla, de raza indígena, notablemente gibosa (o por senectud o por congénita degeneración) claudica notablemente hacia el lado izquierdo [...] habla con cierta dificultad, con voz tiplada casi infantil. [...] a especial pregunta refiere que estuvo en la escuela de su pueblo, aprendió a leer, escribir y contar, y ello no obstante no le fue posible distinguir ni la O...a su falta de cultura y de instrucción se auna una carencia de afectos también muy clara. [...] De lo anterior se puede deducir que M. a una verdadera miseria intelectual congénita ha agregado los estragos peculiares del alcohol pudiendose clasificar como una degenerada inferior, idiota y alcohólica crónica. Dr. Alfaro⁴⁰

[...] es una mujer de nuestra clase pobre, de raza indígena, de talla media, analfabeta, nunca pisó la escuela, de oficio unas veces doméstica, otra lavandera, dice tener 25 años aunque en sus documentos se dice tiene 39, siendo esta la cifra más probable. Dr. Alfaro⁴¹

Esta enferma [...] es una mujer de raza indígena, pura, habla el español muy mal y con marcado acento indio. Al interrogatorio se descubre un analfabetismo completo; se ha dedicado a los trabajos de campo y últimamente era doméstica. [...] se ha logrado saber que ha usado desde ha mucho del alcohol, varias veces perdió la cabeza sin poderse precisar a lo que ella definía en esta forma. Dr. Alfaro.⁴²

[...] es una joven seguramente de oficio prostituta pues fue traída aquí procedente del hospital morelos y a este plantel llegó del asilo de regeneración. Desde luego observamos que es una joven de 19 años poco

³⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 129, exp. 2 (1911) Paciente H. Dx. debilidad mental.

⁴⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 156, exp. 26 (1924) Paciente M. Dx. idiocia alcoholismo.

⁴¹ AHSS, FMG; SEC, caja 165, exp. 12 (1924) Paciente M. Dx. psicosis toxi alcohólica.

⁴² AHSS, FMG; SEC; caja 166, exp. 28 (1924) Paciente M. Dx. demencia toxi alcohólica. (Subrayado en el original).

más o menos, notablemente obesa, pelona, de talla pequeña, hija del pueblo, nació en Calpulapam, estado de Tlaxcala, siendo sus padres bebedores de pulque. Sin la menor cultura actual, pues ha olvidado lo que aprendió puesto que asegura cursó la primaria hasta el tercer año. En los diversos exámenes que ha sufrido, llega a la sala obediente, quieta, fija la vista en todo lo que uno verifica, agachando la mirada cuando uno la ve. Dr. Alfaro.⁴³

Los pronósticos, por su parte, no auguraban nada bueno. En una gran mayoría, los internos eran declarados incurables y no se vislumbraba posibilidad alguna de mejoría; para ellos, el único tratamiento viable consistía en aplicarles el rigor disciplinario o bien el simple abandono... De esta manera, el Manicomio fue “guardando”, cada vez más, una plétora de pacientes sin posibilidad de cura, abandonados por la institución, por los médicos y por sus familias quienes se resistían a hacerse cargo de ellos⁴⁴.

[...] pronóstico grave por tratarse de una enfermedad que terminará por la muerte del enfermo en un periodo de dos o tres años de no presentarse antes ninguna complicación.⁴⁵

Respecto al pronóstico, afirmo categóricamente que no tiene curación posible, esta afirmación se funda en la experiencia existente sobre los mismos enfermos, en el conocimiento de la evolución de dicho padecimiento que es progresivo hacia la demencia completa. [...] Al no tener curación posible la incapacidad de S. es definitiva. [...] que en las actuales condiciones de conocimiento, no hay datos para afirmar que la psicosis paranoide interpretativa de curso demencial, como es el caso de S., sea curable y ni siquiera mejorable.⁴⁶

El padre de la enferma estuvo loco, sus hermanos también, ella es la segunda vez que se enferma de sus facultades mentales, unido esta tara

⁴³ AHSS, FMG, SEC, caja 165, exp. 5 (1924) Paciente M. Sin/Dx,

⁴⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 54. 18/2/1926. Paciente H. Dx. epilepsia. “Hace tiempo que en este pabellón existe un número de asilados superior a la capacidad de él; cosa que se agravó con el pase de numerosos enfermos de observación a este de Epilépticos y que me ha obligado a solicitar el alta de los mejorados para ver de descongestionar el pabellón. [...] Los familiares de este enfermo como pretexto y molestias de visitas al suscrito no quieren aceptar el alta de dicho enfermo, alegando pobreza y falta de recursos [...]”. Memorando del Médico encargado del Pabellón de epilépticos al director.

⁴⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 135, exp. 6 (1923) Paciente H. Dx. Parálisis Gral Progresiva.

⁴⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 225, exp. 46 (1928) Paciente H. Dx. Parálisis Gral Progresiva/ Psicosis paranoide interpretativa. (Subrayado en el original). Carta del médico interno al Director.

hereditaria á los estigmas de la degeneración no es nada aventurado asegurar que la enferma ó pasa al estado crónico terminando con amnesia ó su alivio en caso que se presente no será duradero sino que volverá a recaer.⁴⁷

En cuanto al porvenir del paciente, es de suponerse que como en la generalidad de los degenerados, nunca recobrará la lucidez de su juicio y tampoco caerá en la demencia; alguna enfermedad accidental y sí esta no ocurriese, morirá tal vez ya anciano con delirio de involución. Dr. Alfaro.⁴⁸

Considerados también los internos, en su inmensa mayoría, como peligrosos para la sociedad y para sí mismos, se transformaban en "enfermos molestos", en una carga indiscutible para la institución. Cuestión sin solución alguna, verdadero callejón sin salida tanto para el Manicomio como para los psiquiatras del momento.

El alcoholismo reincidente observado en muchos de los pacientes fue tomando el carácter de peligrosidad. Ante ello, el Manicomio se encontraba frente a la disyuntiva de permitirles la salida con carácter definitivo; es decir, impedir su futuro reingreso al hospital ante una recaída que los médicos consideraban como inevitable, -lo cual era insostenible reglamentariamente- o bien negarles de manera sistemática y definitiva el alta, y de esta forma pasarían a engrosar las filas de los "incurables-abandonados", aquellos que esperaban sin más alternativa la llegada de la muerte, o bien el paso del tiempo que traería consigo la vejez para ser reclusos en un asilo de ancianos. Algunos de los psiquiatras, se pronunciaban a favor de esta última alternativa para este tipo de enfermos: la reclusión de por vida.

[...] él es un enfermo delirante de carácter violento y por tanto el establecimiento no debe darle de alta por no estar curado. Con toda seguridad un enfermo de esta naturaleza estando sin vigilancia fuera del manicomio cometería enredos, conflictos y desordenes en las oficinas públicas y escandalos con las personas.⁴⁹

⁴⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 20, exp. 17 (1911), Paciente M. S/Dx.

⁴⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 7, exp. 10. Noviembre 1910 Paciente H. Dx. Degenerado psíquico. Deterioramiento intelectual.

⁴⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 68, 12/12/ 1912. Paciente H. Dx. Manía Crónica. Degenerado.

Es peligroso á la Sociedad por que cuando vuelva a alcoholizarse le volverán a dar sus ataques epilépticos y cometerá actos delictuosos.⁵⁰

Este sujeto no amerita ya ninguna historia. Es bien conocido. Viene ingresando desde 926 por episodios confusionales de alcoholismo cerebral. [...] Es por lo tanto una de las múltiples cargas de seres inútiles, sin valor social, irredento, esteril hasta cuando se recupera. En rigor lo único posible es mantenerle encerrado toda su vida trabajando. Mixcoac 25 de mayo de 1935. Dr. Salazar Médico de observación.

En 1941 el Dr. Buentello consigna en la Historia Clínica de este último interno:

Problema irresoluble pues no hace sino los conocidos ciclos de trastornos mentales, recomendaciones de no beber, propósitos de el mismo, personas que compadecidas exaltan sus habilidades para cualquier trabajo manual, le consiguen ocupación, la atiende por días y sobrevive la holgazanería, nueva alcoholización y vuelve a empezar. Son sujetos que denotan peligrosidad peculiar en funciones de su inutilidad y su parasitismo crónicos e irremediables. El unico sitio en que se encuentra bien es internado. Debe pues o externarsele para no volver a recibirle nunca, cosa imposible. O negarse a externación sistemáticamente y trasladarle a un asilo, ya el de ancianos.⁵¹

El encierro, entonces, se impone como la única posibilidad para este tipo de individuos y es en función de esta práctica repetida que el Manicomio se fue alejando de sus funciones terapéuticas y clínicas para transformarse en reservorio de desviaciones de la normalidad:

El médico que suscribe, habiendola observado accidentalmente el año pasado cuando estaba a punto de salir opinó que debería retenerse pues en su concepto sufre de un padecimiento mental caracterizado, probablemente esquizofrenia. La conducta desordenada que la paciente ha tenido cuando vuelta al medio social, ha dado lugar a que la policía la secuestre durante largo tiempo y en reiteradas ocasiones. Insisto en la necesidad de que se comprenda bien el estado de la ingresante para que el manicomio no deje de cumplir su función devolviendo al medio social personas que no están capacitadas. Dr. Salazar.⁵²

Por otra parte, los psiquiatras, obligados a emitir un diagnóstico, se centraban en la observación de un conjunto de síntomas rápidamente accesibles a la

⁵⁰ AHSS. FMG, SEC, caja 45, exp. 45, agosto, 1914. Paciente H. Dx. Epilepsia alcohólica.

⁵¹ AHSS. FMG, SEC, caja 196, exp. 12. Paciente H. Dx. Alcoholismo. Doce ingresos desde 1926.

⁵² AHSS; FMG; SEC, caja 155, exp. 1 (1924-1946) Paciente M. Dx. histérica / psicosis alcohólica / Esquizofrenia paranoide. Anotación del médico interno en su sexto ingreso.

mirada. La locura era una cuestión inmediatamente perceptible, pertenecía al orden del ver y de la mirada, se encontraba inscrita en las deformaciones e irregularidades de los cuerpos y en las conductas que expresaban, sin más, trastornos afectivos y emocionales, aprehensibles en el rechazo de ciertos pacientes -muy especialmente mujeres-, de los valores familiares. Se aunaba a ello, una constitución "degenerada" transmitida por una herencia que olía a alcoholes ancestrales:

A. A. de 34 años es casado, tiene cinco hermanos y tres hijos, su padre es alcohólico, probablemente estando alcoholizado lo engendró.⁵³

La enferma presenta signos de degeneración: cráneo pequeño, presencia de pelo en el labio superior y en la barba, implantación viciocísima de los dientes, en el maxilar inferior tiene 5 incisivos en lugar de cuatro, los dedos de las manos son parecidos á los del genero masculino, cortos, fuertes y casi del mismo grueso en toda su longitud, son ademas curvos. Su cara y cuerpo huesosos recuerda el de un hombre.⁵⁴

[...] esta muchachita carece de atención, memoria, discernimiento, juicio y raciocinio, es analfabeta, se encuentra desorientada y puede decirse que vive una vida vegetativa [...] físicamente es una criatura retardada que presenta de manera ostensible los estigmas de la degeneración, tales como el estrabismo, la asimetría facial, la irregularidad del sistema dentario, la gran dimensión de los pabellones auriculares, su anchura y su implantación casi en ángulo recto y asimetría. Dr. Alfaro.⁵⁵

[...] debe asegurarse que se trata de una psicosis maniaco depresiva, lo cual es tanto más probable cuanto que se trata de un sujeto fuertemente tarado por las vesanias familiares y él mismo con estigmas físico y psíquicos degenerativos y se sabe que la psicosis maniaco-depresiva puede considerarse como una prerrogativa de los degenerados [...]⁵⁶

Las consideraciones de tipo "moral" no podían faltar; dirigían, sin disimulo, la mirada de los médicos-psiquiatras; para ellos, "vicio" y "enfermedad mental" se entremezclaban y se cruzaban sin distinción:

⁵³ AHSS, FMG, SEC, caja 7, exp. 10, *op. cit*

⁵⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 20, exp. 17, *op. cit*.

⁵⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 175, exp. 1 (1924) Paciente M.. Dx. Idiocia.

⁵⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 65, exp. 45, 15/1/1927. Paciente H. Dx. Psicosis maniaco-depresiva, 13 entradas desde 1916 a 1932.

[...] el vicio de inyectarse morfina desde hace dos años es una prueba de su estado amoral a lo que hay que agregar la exageración de coquetería propia de su sexo [...] Es además embustera [...] Pone especial cuidado a su persona en lo que se refiere a estética pintandose demaciado la cara de blanco y rojo.⁵⁷

[...] sus facultades mentales parecen estar bien todavía, en cambio moralmente presenta alteraciones serias, la dignidad y la vergüenza han desaparecido.⁵⁸

Por la conversación tenida con la enferma se ve que sus facultades mentales son al parecer normales notandose solamente ligera desorientación en el tiempo y en el espacio, se le nota también falta de vergüenza en confesar su alcoholismo sin rubor alguno.⁵⁹

La enferma manifiesta que en su oficio de "mesera" declarado a fuerza de interrogaciones, no tiene domicilio ni relaciones de familia, vive al azar, habita en diversos hoteles según las circunstancias. Locuacidad en vacío, amoralidad manifiesta, afectividad destruida, desorientación local. Temblor digital, aliento alcohólico, enflaquecimiento, las veladas, el hambre, la vagancia, han dejado su huella en el cuerpo que envejece prematuramente. Quevedo y Zubieta. Médico Interno.⁶⁰

[...] está afectada de locura moral la que se manifiesta en ella, por actos impulsivos execivamente repugnantes de perversión sexual y por acusaciones infundadas contra las personas que no se prestan a sus fines.⁶¹

[...] principio a notarse en ella degeneraciones sexuales entregandose a los amores lesbicos con sus compañeras de asilo ó a los placeres solitarios; estas degeneraciones la hacen especialmente peligrosa é inconveniente⁶²

Un síntoma claro, ante el cual el médico debía estar siempre atento, se encuentra en las relaciones difíciles y conflictivas del paciente con su familia; de esta forma, el rechazo a la "moral familiar" se constituía en evidencia clara de enfermedad mental:

⁵⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 21, exp. 49 (1911) Paciente M. Dx. Morfinómana.

⁵⁸ AHSS, FMG; SEC, caja 17, exp. 7 (1911) Paciente H. Dx. Alcoholismo crónico.

⁵⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 85, exp. 55 (1918) Paciente M. Dx. Psicosis alcohólica.

⁶⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 175, exp. 44 (1924) Paciente M. Dx, alcoholismo (mentalmente sana).

⁶¹ AHSS, FMG, SEC, caja 16, exp. 8, 14/3/1911. Paciente M. Dx. locura moral.

⁶² *Ibidem*, 13/4/1913.

Su carácter insociable, enojona e inadaptable en el seno de su familia es lo que en ella hay de anormal.⁶³

[...] no quiere a su mamá, ni a su hijo. Se viste siempre de una manera extravagante, adornándose con cuanto encuentra a la mano quedando siempre ridícula, sin embargo piensa que se ve muy bien.⁶⁴

[...] el enfermo ha llevado una vida desarreglada y viciosa, por lo cual sus relaciones con la familia son malas, tiene un fondo de degeneración, pues la madre es histérica y el siempre ha sido muy nervioso.⁶⁵

Ingresa a petición de su familia que no puede soportar sus desórdenes.⁶⁶

De disciplinada que era con su papá se trastornó en desobediente, después se enamoró de un sujeto desconocido.⁶⁷

[...] le fue imposible la vida en el hogar, desde hace 10 años vivió sola, de modo extravagante, vistiéndose de manera inusitada; sin criados, comiendo en restaurantes; visitando a personas que la recibían por compromiso a quienes importunaba con sus delirios.⁶⁸

Los médicos se detienen también a observar las "extrañezas" del carácter:

[...] se entrega por completo a la ociosidad y aun sin ruborizarse imploraba la protección de algunas personas influyentes, exigiéndoles con altanería lo que cualquier otra persona de buen sentido, demandaría con humildad; en lo general sus sentimientos éticos han sido deficientes.⁶⁹

Es de carácter irascible afecto a la mentira é hipócrita [...] su fisonomía presenta un aspecto de humildad hipócrita.⁷⁰

⁶³ AHSS, FMG, SEC, caja 155, exp. 31 (1924) Paciente M. Dx. histero-epilepsia.

⁶⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 17, exp. 61 (1911) Paciente M. Dx. Histeria y catatonía.

⁶⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 40 (1911) Paciente H. Dx. Manía subaguda de origen alcohólico.

⁶⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 85, exp. 19 (1918) Paciente H. Dx. Demencia precoz paranoico (delirio de persecución).

⁶⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 195, exp. 25 (1926) Paciente M. Dx. Hoboidofrenia.

⁶⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 95, exp. 17 (1919) Paciente M. Dx. Paranoia (idea de persecución y delirio Erótico).

⁶⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 7, exp. 10, *op. cit.*

⁷⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 22, exp. 20. (1911-12) Paciente H. Dx. Epilepsia esencia hereditaria.

[...] es embustera y egoista.⁷¹

Siempre fue de carácter raro: procuraba frecuentar poco la sociedad.⁷²

Carácter irascible y enojón, no sabe adaptarse a su condición de interrogado, se niega en absoluto a ser interrogado.⁷³

Nada extraordinario puede consignarse. Su carácter es como el habitual de estos enfermos (heroinómano) teatral, ostentoso y vano. Dr. Salazar.⁷⁴

La obediencia es considerada síntoma de salud mental y muestra de mejoría evidente; de la misma manera que todo tipo de resistencia a la autoridad es signo sin más de desvío de la razón:

[...] desobediente a los mandatos e imperioso, se encolerizaba por cualquier cosa. Dr. Salazar.⁷⁵

Al oírlo hablar parece un hombre normal, piensa y razona con bastante acierto, y á no ser por sus ideas de superioridad y por el deseo de hacerse obedecer, parecería un hombre normal.⁷⁶

Es caprichoso y quiere hacer su voluntad pareciendole que se ejerce aquí una tiranía al querer que se cumpla el reglamento. Lee y escribe mucho.⁷⁷

[...] también se ha comprobado en él la tendencia impulsiva a discutirlo y corregirlo todo; así por ejemplo para instituirle el tratamiento médico a que ha estado sometido ha sido preciso contemporizar con sus caprichos y lo propio acontece con la alimentación que se le suministra.⁷⁸

[...] si bien es cierto que éstos locos usan y abusan de deducciones y silogismos, lo cual les ha valido el nombre de razonadores, sus racionios tienen el vicio original que consiste en rechazar sistemáticamente los argumentos que contrarían su tesis y en aceptar sin critica, como realidades, las hipótesis que sus tendencias patológicas les sugieren,

⁷¹ AHSS, FMG, SEC; caja 22, exp. 31 (1911) Paciente M. Dx. Idiocia.

⁷² AHSS, FMG; SEC, caja 65, exp. 10 (1916) Paciente H. Demencia precoz paranoide.

⁷³ AHSS, FMG, SEC, caja 65, exp. 55 (1916) Paciente H. Morfinómano.

⁷⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 205, exp. 12 (1927) Paciente H. Dx heroinómano.

⁷⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 65, exp. 45, noviembre 1926, *op. cit.*

⁷⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 17, exp. 6 (1911) Paciente H. Dx. Manía Subaguda / Psicosis de origen alcohólica.

⁷⁷ AHSS, FMG, SEC, eaja 20, exp. 18 (1911) Paciente H. S/Dx.

⁷⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 129, exp. 4, 6/11/1923. Paciente H. Dx Alcoholismo crónico.

imponiendo algunas veces sus raciocinios sutiles y especiosos, bien que radicalmente falsos, á personas dotadas de un espíritu superficial.⁷⁹

Otros síntomas simplemente asombran:

[...] su primer síntoma fue el haber cortado unas flores en un jardín público.⁸⁰

Para todos ellos, no hay otro tratamiento que el correctivo-disciplinario:

Comunico a Ud que el asilado AP. hace tiempo que se maneja con incorrección profiriendo frases injuriosas para el sr. Director, como demás empleados, subalternos. Sírvale una observación ayer antes de salir á la huerta y contesto que ni los dc. lo dominaban porque son ... y demás: comprendiendo que esto amerita un severo castigo por los insultos al sr. Director y que no puede pasar inadvertido, lo indico a ud.⁸¹

No tiene delirios ni excentricidades, su memoria es casi normal, tiene perfecta idea de lo que está haciendo y se da cuenta del tiempo, la distancia [...] puede *considerárselo corregido mediante la disciplina* a que se le sujetó y puede volver al seno de la familia, cuyos cuidados le impedirán recaer [...] padece debilidad intelectual probablemente congénita y aún cuando no presenta manifestaciones de locura, sí es un enajenado propiamente dicho.⁸²

[...] adolecía de degeneración sexual entregándose a placeres solitarios o amores lesbicos con sus compañeros de asilo. Se ha observado su tendencia a "monstruosidades sexuales" de las cuales no ha sido posible corregirla. A los 12 años comenzó a pecar carnalmente.⁸³

Los escritos de los pacientes, por otro lado, merecen una atención especial por parte de los médicos, tal como lo planteaban los manuales de psiquiatría que regían la mirada clínica. Escribir profusamente, escasamente o bien no hacerlo; escribir por iniciativa propia o bien obligados o incitados por el personal médico;

⁷⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 22, exp. 77 (1907) Paciente H. Dx. Delirio de persecución. Llega a la Castañeda en 1910 del Hospital San Hipólito y registra 7 entradas.

⁸⁰ AHSS; FMG, SEC, caja 23, exp. 32 (1911) Paciente M. Dx. Paranoia. Delirio de grandeza.

⁸¹ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 68, 1/11/1912. Paciente H. Dx. Manía Crónica degenerado. Nota del enfermero al director

⁸² AHSS, FMG; SEC; caja 75, exp. 50 (1917) Paciente H. S/Dx. (cursivas mías)

⁸³ AHSS, FMG, SEC, caja 16, exp. 8 (1912-1917) Paciente M. Dx. no presenta perturbación de origen psíquico, solamente de orden moral siendo nociva al buen orden del establecimiento.

mostrar en los escritos un correcto manejo de la lengua o bien escribir con evidentes faltas y errores; hacerlo de manera prolija y cuidadosa o bien desordenada.... no importaba la forma que adoptaran sus escritos, se erigían siempre y sin dificultad en síntomas evidentes de alguno de los múltiples rostros que asumía la enfermedad mental, y con ellos le era posible al médico emitir "certeramente" un diagnóstico. Los escritos adquieren, para el personal médico del Manicomio, el carácter de testimonio fehaciente de locura.

Se le dice que haga una solicitud al director del establecimiento, explicando porqué se encuentra aquí y pidiéndole su alta y no escribe más de dos renglones, otra vez sin hilación sin poner á quien va dirigida, sin firma, cosas ambas que corrige a medias cuando se le hace ver lo imperfecto de su escritura.⁸⁴

[...] se pasa el día escribiendo y en su grafomanía dominan las mismas ideas que en su conversación, notándose también en ambas asociación desordenada con fuga de ideas, asociación de asonantes y consonantes, etc.⁸⁵

Tiene la manía de escribir frecuentemente recados a su casa dirigidos principalmente a su hija por que no lo viene a ver [...] Todos estos escritos los hace con letra casi ininteligible y en papel de color y sobre letras de molde que no se puede distinguir lo que escribe y como ejemplo se adjuntan las hojas que ha escrito.⁸⁶

Todo su juicio está perturbado en el sentido de sus alucinaciones y en delirio. Los papeles adjuntos lo muestran perfectamente.⁸⁷

El estudio del lenguaje escrito resulta más interesante que el hablado, hay verdadera grafomanía y sus relatos minuciosos y detallados en extremo resultan interesantes. En sus escritos se notan ideas contradictorias, ambivalencias frecuentes: "toda la vida fui la envidia de muchos, la admiración de otros, respeto en otros, pero la envidia superaba" . "Envidiaban mi buena suerte y mi felicidad y por esto me hacían la guerra y yo buscaba la paz por otro lado". "Puede verse que no hay que fiarse de las apariencias"; "bienaventurados los que son perseguidos por la justicia"⁸⁸

⁸⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 21, exp. 30 (1911) Paciente H. Dx. Demencia precoz paranoide.

⁸⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 24, exp. 68 (1911), *op. cit.*

⁸⁶ AHSS, FMG; SEC, caja 216, exp. 10 (1927) Paciente H. Dx. parálisis general progresiva.

⁸⁷ AHSS, FMG; SEC, caja 226, exp. 13 (1928) Paciente M. Dx. delirio de persecución.

⁸⁸ AHSS; FMG, SEC, caja 155, exp. 1 (1924) Paciente M. Dx. histérica / Psicosis alcohólica / Esquizofrenia paranoide.

Se pasa el día escribiendo solicitudes al director, doctor del Pabellón, Dr. P. y hasta al Juez 2º Supernumerario pidiendo amparo.⁸⁹

Aire de estupidez, actitud fija, facciones inmoviles, afectividad exaltada como puede verse en la carta adjunta.⁹⁰

Examinando sus escritos, aparte de encontrarle un lenguaje ampuloso y vacío aparece claramente el delirio de persecución, su megalomanía, sus fugas de ideas, así como desorientación e incoherencia. En su último escrito aparece claramente expuesta la idea que antes menciono [...]⁹¹

En su expediente se encontrará una carta escrita el 6 de junio en donde se puede notar su fondo de perseguido.⁹²

Este enfermo es el tipo clásico de la paranoia: es hombre bastante ilustrado, se expresa y escribe con rara corrección, pero se hace notable al mismo tiempo, por lo rebuscado de los términos y de los giros que usa en su lenguaje [...]⁹³

Durante su permanencia en el Pabellón de tranquilos B, ha procurado ocultar su delirio, cumpliendo con todo lo que se le ordena, dedicado a la lectura. Al parecer tranquilo, y solo en lo que escribe se revela su delirio.⁹⁴

Es grafómano terrible, escribe cartas á todas las personas distinguidas del cuerpo diplomático, en política, etc, del país y extranjeras. Las características de su delirio pueden verse en sus escritos.⁹⁵

Este conjunto de comentarios que aparecen en las historias clínicas realizados por los médicos de la época, de los cuales sólo se transcriben algunos aquí, no son la excepción registrada en los expedientes, muy por el

⁸⁹ AHSS; FMG; SEC, caja 146, exp. 13 (1923) Paciente H. Dx. delirio de persecución.

⁹⁰ AHSS, FMG; SEC, caja 225, exp. 46 (1928) Paciente H. Dx. parálisis general progresiva / psicosis paranoide interpretativa.

⁹¹ AHSS, FMG; SEC, caja 125, exp. 33, 12/7/1923. Paciente H. Dx. Paranoia con delirios de grandeza.

⁹² AHSS, FMG, SEC, caja 146, exp. 8 (1923) Paciente H. Dx. Demencia Precoz Paranoide.

⁹³ AHSS, FMG, SEC, caja 15, exp. 62, 9/9/1911. Paciente H. Dx. Paranoia. Delirio de Magnan. En su historia clínica el Dr. N. Martínez transcribe varias cartas del paciente y anota: "Por este estilo más o menos escribe muchas cartas este enfermo."

⁹⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 18, exp. 8, 17/5/1912. Paciente H. Dx. Paranoia.

⁹⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 23, exp. 58, Octubre 1911. Paciente H. Dx. Paranoia.

contrario, se repiten machaconamente durante los primeros veinte años de existencia del Manicomio.

Los médicos no ocultan, en la producción de las historias clínicas, sus prejuicios étnicos, de clase, morales y sexistas y, este hecho, podría ser interpretado como simple “cinismo” de este grupo profesional. Por el contrario, daría la impresión que lo que podemos leer e interpretar hoy como “prejuicios”, era considerado, por los médicos tratantes, como parte constitutiva del discurso médico y psiquiátrico, cual si fuese “esa” la mirada exigida por la disciplina.

Ese entramado de comentarios no hacen más que repetirse casi sin diferencias de uno a otro expediente; se repiten también año tras otro, a lo largo del período investigado. Los prejuicios de orden moral, étnico y de género en que se sostienen se mantuvieron incólumes, desafiando el transcurrir del tiempo y los cambios sociales y políticos del país.

Llama la atención que esos decires médicos, en su iteración, no cambian, se sostienen imperturbablemente, no aparece ningún otro decir capaz de quebrar esa monotonía discursiva. Voces que salvan sus diferencias y distancias para volverse una sola voz, asumida como “la voz” de la “ciencia”, de la medicina y de la psiquiatría, que prescribía el contenido mismo de la “salud mental” de la Nación.⁹⁶

⁹⁶ De los cientos de expedientes revisados y de los múltiples comentarios de médicos consignados en ellos, se encontró un único comentario de carácter diferente a la opinión generalizada del conjunto de médicos que laboraron en el Manicomio de 1910 a 1930: “[...] me parece pertinente hacer resaltar que hasta la fecha, para juzgar a la enferma, solo se tiene un dato, que es el asentado en la hoja de ingreso, relativo a las ideas expresadas que dan apariencia de persecución. A este respecto creo que por la observación que se hizo de la enferma durante su estancia en este pabellón aún no se puede valorar esto con exactitud, quiere decir que aun cuando ella exprese sin dificultad que tiene tales o cuales enemigos, no hay derecho a suponer que se trata de ideas delirantes. Ciertamente que en la paranoia es compatible un delirio de persecución con una aceptable y a veces hasta erudita mentalidad, pero ¿qué, para los psiquiatras no existe el caso de una persona con enemigos? ¿forzosamente se ha de decir que aquel que tiene un enemigo o una enemistad, etc. que es enfermo mental? Por la exploración que hice queda manifiesto que la señora examinada no tiene alteraciones mentales. Dr. Gómez Robledo”. AHSS, FMG, SEC, caja 255, exp. 22, mayo/1930. Paciente M. Dx. Paranoia.

La Interrogación

... en el Archivo yo veía un lugar donde las
historias de los muertos estaban en el aire
como filamentos de un plasma extraño,
un lugar donde podían entrecerse
"espectaculares máquinas de terror", como
tramoyas que habían estado ocultas.
Los otros investigadores
¿verán algo diferente?, me pregunto.

Rodrigo Rey Rosa

La interrogación atraviesa este texto de principio a fin; las preguntas emergen, una tras otra, al leer los enrarecidos y dispares escritos de los pacientes internos en el Manicomio, que sirven de contrapeso a la palabra que el médico consigna en los *Expedientes Clínicos* que guarda el Archivo: diagnósticos, relatos sobre el comportamiento errático de los enfermos, comentarios sobre el contenido y la forma de sus textos, re-escritura de "su" historia, elaboración de pronósticos.

Esa palabra inscrita en el expediente se convierte en documento-prueba del estado de la salud mental del paciente, con lo cual pierde todo carácter de pre-juicio para tomar la forma misma de un *juicio*, legitimado por la institución y el pretendido saber. A partir de esta torsión, adquiere *fuera de ley*. En contrapartida, la palabra del paciente no encuentra lugar donde asirse, se abisma, se diluye, se pierde, es una palabra *fuera de la ley*.

Los interrogantes se esparcen y diseminan al leer esas cartas, memorias y meditaciones, ya que muestran, sin disimulo, la otra cara de la Institución con sus repetidos juegos de saber y poder, y convierten al Manicomio en un espacio singular con sus propios ritmos y su tiempo acotado en una espera suspendida sin destino ni resolución.

Los interrogantes no dejan de acontecer al confrontar *lo enunciado* por los pacientes con las preocupaciones y acciones de gobierno tendientes a *normalizar*, por la vía de *la salud y la higiene*, a una "población mexicana" en el momento mismo de su invención.

Preguntas inevitablemente sin respuesta; y ante esta flagrante imposibilidad, mi relato de "los hechos históricos" tomó otros cauces, me forzó a *desfigurar* los términos en que había sido planteada la cuestión de la locura, en tanto objeto de problematización de grupos dirigentes, y muy especialmente de los médicos-psiquiatras, en el espacio nacional e institucional mexicano durante las primeras décadas del siglo XX.

Al enfocar muy de cerca el decir de los pacientes, inscrito y cercado por la forma que asumió la reclusión y el encierro en La Castañeda, los otros decires, de médicos, familias y órdenes de gobierno, adquirieron tonalidades diferentes. Ese decir forzó a desplazar la mirada y a producir, bajo otros términos, la cuestión misma de la locura y del loco.

Fenómeno de deslizamiento y transporte.

Sin duda, todo "transporte" de un campo de interrogación a otro produce una distancia, en el espacio y en el tiempo; un desfasaje; un estar un poco "más acá" o "más allá" de "la norma", impuesta y acatada como verdad y de "las políticas de control y normalización", como única respuesta posible.

En ese hiato, en esa no coincidencia entre campos de interrogación, las mismas escenas y escenarios adquirieron otra fisonomía, fueron enfocados desde otros lugares: objetos, sujetos y acontecimientos adquirieron volúmenes de lo que quería ser plano.... Tomaron otra dimensión, comenzó a dibujarse un régimen de visibilidad diferente con un singular juego de luces y sombras; ciertos ruidos a-significantes adquirieron el perfil de una voz.

Este trabajo, entonces, *dice lo mismo*, si bien ha querido provocar una gama amplia de tonalidades; dar lugar a juegos de claros-oscuros, a la amplificación de voces a fin de volverlas distinguibles, de escucharlas allí, en el lugar mismo en que fueron proferidas, donde –se pretendía–, sólo era posible percibir rumores y lamentos in-significantes.

Esos enunciados escasos, enrarecidos, repetidos insistentemente en las cartas y escritos de los pacientes letrados me forzaron a buscar un *sentido*, siguiendo la distancia propuesta por Deleuze entre la significación y el sentido. Fue imprescindible traspasar los tres niveles de la proposición: ir más allá de la *designación*, de las relaciones de la proposición con un estado de cosas exteriores e individuales, del juego de lo verdadero y lo falso. Deslizarse un poco más allá de la *manifestación*, de las relaciones de una proposición con el sujeto que habla y se expresa, ésta vez, el juego de la veracidad y el engaño de las formulaciones enunciativas de un sujeto psicológico; y traspasar, al mismo tiempo, las fronteras de la *significación*, de las relaciones de las palabras con los conceptos universales o generales y sus reglas de sintaxis, del juego de la condición de verdad y de la posibilidad del error o del absurdo.

Ir, entonces, *más allá de...* con la finalidad expresa de rastrear tras las designaciones, los sujetos psicológicos y las significaciones, *el sentido* de las proposiciones en su misma irrupción, en el momento mismo de su producción.

Sentido que no podrá ser hallado en la designación, si bien no podría tener jamás existencia fuera de ella; ni en la conciencia de un sujeto – autor, si bien requiere de una materialidad, de un cuerpo y una voz para ser formulado; ni en las significaciones universales e históricas de las palabras, si bien no podría expresarse jamás fuera de ellas. Otro hiato, otra distancia.

Lo que se entiende aquí por *sentido* -haciendo propia la afirmación de Miguel Morey, se confunde y funde con *problema*, cual si el sentido sólo pudiese hallarse inscrito en aquello que se problematiza, en las cuestiones que preocupan y ocupan a los sujetos en un espacio de experiencia compartida, aquello -como dirá Foucault-, “de lo que no se puede dejar de hablar”.

Cada espacio y cada tiempo abren nuevas preguntas ante viejos y reiterados problemas; la novedad de la problematización se halla enmarcada en la forma en que son planteadas las preguntas y en los intentos, marcados por ese espacio y ese tiempo, de darle forma a una posible respuesta, que escapa siempre, que no será jamás única ni definitiva; quizá la respuesta no sea más que la manera en que esos problemas son elaborados y planteados.

En función de ello, para caracterizar a La Castañeda, no quedó más que rescatar las maneras en que médicos, pacientes, familias y órdenes de gobierno hicieron de la locura y el loco objeto de problematización. Exigencia, a su vez, de confrontarlas con las formas que asumen, un siglo más tarde, en la lectura que hacemos de ellas a partir y desde el tiempo presente, el tiempo de nuestra actualidad.

Distancias, hiatos en las maneras en que los actores de ese tiempo pasado hicieron de la locura y el loco un problema; distancia, también, entre esas maneras y las lecturas que de ellas realizamos hoy.

Todo aquello que adquirió, en este texto, la apariencia del tono imperativo de una afirmación, de una respuesta acabada, no es otra cosa que apariencia, ya que no logró desprenderse nunca del campo mismo de la interrogación. Es así, y llegados a este punto, que sólo me resta retomar algunas de esas interrogaciones a manera de (in)conclusión:

Interrogación, en primer lugar, sobre nuestro presente y nuestra actualidad. Este trabajo ha sido pensado, y quiso ser realizado, bajo la égida del "trabajo de la memoria", entendida la memoria como un hacer, una labor y también como acto de disrupción, tanto en la lectura e interpretación del pasado como en la comprensión de nuestro presente. El trabajo de la memoria consiste en traer trozos y retazos de un tiempo ya pasado, que son recordados, leídos e interpretados desde la experiencia presente. De esta manera, el pasado de La Castañeda fue leído y confrontado bajo otras luces, en un choque, conjunción y disyunción de tiempos, en la conflagración entre el pasado y el presente.

He llegado, una y otra vez, al Manicomio en roce constante con el tiempo presente, en el cual la locura, el loco y la pregunta sobre el qué hacer continúa siendo objeto de problematización. Es su insistencia presente, su misma ocurrencia, la que sacude, convoca y demanda el trabajo de la memoria.

Ese tiempo ya pasado que se filtra en el relato, mostrando el régimen de encierro de La Castañeda en los albores del siglo XX, propuso y exigió una mirada diferente de la locura y del loco, hoy, en tiempo presente. El choque de los tiempos exige *levantar los ojos*; y ese mirar el presente munido de los recuerdos de ese pasado, hace posible observar ciertos trozos y retazos del tiempo que ya pasó, en su insistencia, en su vigencia, como espectros que rondan travestidos con los ropajes propios del presente y de la actualidad. Una nueva perspectiva: mirada desplazada, distancias y encuentros con fragmentos del pasado, con “anacronías” –al decir de Rancière, que encuentran un lugar de inscripción en nuestra actualidad.

Ante los relatos enfrentados de médicos y pacientes, de familias y órdenes gubernamentales, ante esas escenas que se abren en el relato de lo que ya fue, observamos azorados *lo que aún no hemos dejado de ser, y lo que no somos todavía*. Seguimos habitando el viejo Manicomio, literalmente desmontado piedra por piedra. La Castañeda, como *sentido*, se sostiene cual edificio espectral.

Interrogación sobre la aparición, en la inmanencia de las prácticas, de una “máquina antropológica” –al decir de Agamben, que la modernidad implantó en Occidente, en los centros hegemónicos, y que la vemos funcionar con mecanismos locales y particularizados en México, en el Manicomio.

Máquina capaz de producir una franja de “seres vivientes” ubicados en el umbral mismo de lo humano: ni animales ni hombres. Animalización de lo humano o, quizá mejor, procedimientos de humanización de lo ya considerado animal y extraño al orden de lo humano. Maquinaria que hace sus primeros ensayos con el enfermo mental (que es también- conforme el decir de los médicos de la época- “gente de pueblo”, “pobres”, “indígenas”, “ignorantes”,

"alcohólicos") ubicado en esa zona indiscernible e indecible. Los efectos devastadores de esa maquinaria se extienden hoy "democráticamente", y más allá de las fronteras impuestas por los estados-nación, de una manera a la que nos resistimos a imaginar.

El *loco*, en función de esos mecanismos y de su operación, se desplomó en tanto *Sujeto*, jurídico en primer lugar; como sujeto del lenguaje y de la palabra, en consecuencia; como sujeto psicológico, ético y político, por añadidura. Un no-ser, si bien siendo *algo*, un algo indefinido e indiscernible; habitante precario de un espacio acotado en el cual reina la excepción.

Los locos, en su falta o en su exceso, no están constituidos más que por el vacío, por la ausencia que, en tanto tal, no logrará asumir forma alguna, ni tan siquiera la hermética forma de la otredad. No alcanzan a ser otro. *Ausencia de obra* –dirá Foucault; *cuenta que no cuenta* en el orden de lo contable, pérdida, sustracción, siguiendo la perspectiva abierta por Jacques Rancière. *No loco nada*, dirá el paciente, en la proliferación y explosión semántica de ese enunciado.

Interrogación alrededor de las formas que asume el espacio y el tiempo de esos lugares en que reina la excepción, el vacío y la nada: *reservorio de la infamia* signado por un tiempo *muerto*, tiempo de una espera dilatada, de un suspenso sin final.

El Manicomio escapó a los objetivos de las instituciones que se conformaron a partir de la Modernidad, encargadas de *normar*, primero y de *normalizar*, después, disciplinando cuerpos e interviniendo poblaciones como objeto de una política. ¿Cómo normar o normalizar eso sin nombre, incurable? ¿Cómo disciplinar y normalizar biología incorregibles? ¿qué hacer frente al vacío y la nada? Será, entonces, para la clase dirigente, un gasto inútil intentarlo. Imposible inscribir la norma en esos cuerpos, imposible también cualquier intento de convertirlos en "normales"... Declarados "incurables", la institución *los guardará en el abandono*. El Manicomio, se convirtió con rapidez

en reservorio de la *infamia*, en el cual “los sujetos” son tragados hasta el anonadamiento o la desaparición.

Interrogación sobre la percepción de la locura como algo inscrito en el *orden del ver*, locura que se expresa en toda su evidencia en los gestos que produce un cuerpo; cual si la palabra “loca”, palabra fuera de la ley al haber sido cercado el lugar desde donde es proferida, no pudiese ser objeto de escucha. La palabra “loca” no alcanza estatus significativo, se la desecha por no ser más que ruido, queja, lamento. De esta manera, la locura no puede ser objeto de escucha, no son más que señas “puestas al ver”.

No es posible olvidar que una palabra sólo puede ser escuchada si aquél que la escucha, involucra la “creencia” de tener frente a sí a un interlocutor, un alguien que *habla y dice*. Al ser considerado por los médicos del Manicomio ese decir como una enunciación fatua, vacía más allá de los enunciados que emite, ese decir está ya signado de antemano: es una palabra que se hace loca “*en la boca de quien habla*”. Y la boca se hace loca al ser sometida a cautiverio. El ingreso a la institución signa y sella toda boca, convierte la palabra en ruido, queja, lamento, en rumores a-significantes.

Interrogación, también, sobre las formas propias y singulares que asumió el Manicomio como espacio “terapéutico”, si bien atravesadas por discursos y preocupaciones ajenas, llegadas de Europa. A pesar de ello, los médicos construyeron un decir “local”, “nacional”, ensamblaron una serie de categorías con las cuales diagnosticaron a la población “mexicana” a la que se deseaba homogénea sin distancias ni diferencias. Población mexicana, en su gran mayoría, interpretada por los médicos de la época como “gentes de pueblo”, “pobres”, “indígenas”, “ignorantes” y también “alcohólicos”. Sin la menor duda, enfermos alejados de una próspera salud mental, modelo impuesto por “las naciones civilizadas” del orbe.

No es lo que nos homologa en la normalidad lo que nos hace semejantes. Es porque estamos solos, porque la noche reina, y porque no sabemos, por lo que le cabe al hombre mirarse en los ojos de otro hombre como en un espejo.

Miguel Morey



Bibliografía

Agamben, Giorgio,

- . (1995) *Estancias. La palabra y el fantasma en la cultura occidental*, Valencia, Pre-Textos. (1ª reimpresión 2001).
- . (1996) *La Comunidad que viene*, Valencia, Pre-Textos. (2ª edición 2006).
- . (1996) "Política del exilio", en Revista *Archipiélago. Cuadernos de Crítica de la Cultura*, nº 26-27/1996, Barcelona.
- . (1998) *HOMO SACER. El poder soberano y la nuda vida. I*, Valencia, Pre-Textos. (1ª re-impresión 2003).
- . (1999) *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III*, Valencia, Pre-textos. (2ª ed. corregida 2005).
- . (2000) *Medios sin fin. Notas sobre la política*, Valencia, Pre-Textos.
- . (2001) *Infancia e historia*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo editora. (2ª edición, 2007).
- . (2002) *El lenguaje y la Muerte. Un seminario sobre el lugar de la negatividad*, Valencia, Pre-Textos.
- . (2004) *Estado de Excepción. Homo sacer II, 1*, Valencia, Pre-Textos.
- . (2005) *Profanaciones*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo editora.
- . (2005) *Lo abierto. El hombre y el animal*, Valencia, Pre-Textos.
- . (2006) *El tiempo que resta. Comentario a la Carta a los Romanos*, Madrid, Trotta.
- . (2008) *La potencia del pensamiento. Ensayos y conferencias*, Barcelona, Anagrama.

Agostoni, Claudia, (coordinadora),

- . (2008) *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, Siglos XIX y XX*, México, U.N.A.M y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Anderson, Benedict,

- . (1993) *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y difusión del nacionalismo*, México, FCE.

Arendt, Hannah,

- . (1999) *De la historia a la acción*, Barcelona, Paidós - I.C.E. / U.A.B.

- . (2002) *La condición humana*, Barcelona, Paidós.
- . (2002) *Tiempos presentes*, Barcelona, Gedisa Editorial.
- . (2004) *Los orígenes del totalitarismo*, México, Taurus.
- . (2007) *Du mensonge à la violence*, Paris, Calmann – Lévy.

Arfuch, Leonor, (Compiladora)

- . (2005) *Pensar este tiempo. Espacios, afectos, pertenencias*, Buenos Aires, Paidós.

Armus, Diego,

- . (2002), *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires, Ed Norma.

Ayala Flores, Hubonor,

- . (2007) *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*, México, Colegio de Michoacán.

Augé, Marc,

- . (1998) *Las formas del olvido*, Barcelona, Gedisa Editorial.

Badiou, Alain,

- . (1997) *Deleuze. "El clamor del ser"*, Buenos Aires, Manantial.
- . (1999) *El ser y el acontecimiento*, Buenos Aires, Manantial-Bordes.

Back-Morss, Susan,

- . (2005) *Walter Benjamin, escritor revolucionario*, Buenos Aires, Interzona editora.

Bajtín, M. M.,

- . (1985) *Estética de la creación verbal*. México Siglo XXI ed.
- . (2000) *Yo también soy (Fragmentos sobre el otro)*, México, Taurus.

Barrios, José Luis,

- . (2008) "Archivo y Memoria Los lindes del acontecimiento, entre la reificación y el afecto", en Barrios, J. L., Lazo Briones, P y Martínez de la Escalera, Ana Ma, *memoria instituida, memoria instituyente*, México, Univ. Iberoamericana.

Barthes, Roland,

- . (1981) *Le grain de la voix. Entretiens 1962-1980*, Paris, Seuil.
- . (1982) *Fragmentos de un discurso amoroso*, México, Siglo XXI.
- . (1990) *La Aventura Semiológica*, Barcelona, Paidós.
- . (1992) *Lo obvio y lo obtuso. Imágenes, gestos, voces*, Barcelona, Paidós - Comunicación.

Baudrillard, Jean,

- . (1990) *De la Seducción*, México, Rei México.

Baudrillard, Jean y Guillaume, Marc,

- . (2000) *Figuras de la alteridad*, México, La Huella del Otro, Taurus.

Bautista Martínez, Josefina y Pijón Aguadé, Carmen María,

- . (1998) *Craneometría de reos. Colección procedente de la Penitenciaría del Distrito Federal*, México, I.N.A.H.

Beccaria, Cesare,

- . (2004) *De los delitos y de las Penas*, Buenos Aires, Losada-Página/12.

Blanchot, Maurice,

- . (1993) *El diálogo inconcluso*, Caracas, Monte Ávila Editores.

Benjamin, Walter,

- . (1982) *Para una crítica de la violencia*, México, La Nave de los locos.
- . (1987) *Dirección Única*, Madrid, Alfaguara.
- . (2000) *Oeuvres (3 tomes)*, Paris, Gallimard.
- . (2003) *La obra de arte en la época de la reproductibilidad técnica*, México, Itaca.
- . (2004) *El autor como productor*, México Itaca.
- . (2007) *Libro de los Pasajes. Edición de Rolf Tiedemann*, Madrid, Akal.

Benveniste, Émile,

- . (1971) *Problemas de lingüística general I y II*, México, Siglo XXI ed.

Bergson Henri,

. (2006) *Materia y memoria. Ensayo sobre la relación del cuerpo con el espíritu*, Buenos Aires, Cactus.

. (2007) *La evolución creadora*, Buenos Aires, Cactus.

Bertrand, Pierre,

. (1977) *El olvido. Revolución o muerte de la historia*, México, Siglo XXI ed.

Boullant, François,

. (2004) *Michel Foucault y las prisiones*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Borges, José Luis,

. (1974) *Historia Universal de la Infamia*, Buenos Aires, Emecé.

Bourdieu, Pierre,

. (2005) "La ilusión biográfica", en Revista *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, # 69. *Autobiografía como provocación*, Barcelona.

Bright Timothy,

. (2004) *Un tratado de melancolía*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Butler, Judith,

. (2006) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Buenos Aires, Paidós.

Butler, Judith y Spivak, Gayatri Chakravorty,

. (2009) *¿Quién le canta al Estado Nación? Lenguaje, política, pertenencia*, Buenos Aires, Paidós.

Burton, Robert,

. (2003) *Anatomía de la Melancolía I*, Madrid, Asoc. Española de Neuropsiquiatría.

. (1998) *Anatomía de la Melancolía II*, Madrid, Asoc. Española de Neuropsiquiatría.

. (2002) *Anatomía de la Melancolía III*, Madrid, Asoc. Española de Neuropsiquiatría.

Calveiro, Pilar,

- . (2006) "Testimonio y memoria en el relato histórico", en Revista *Acta Poética*, nº 27 (2), Otoño 2006, UNAM, México.

Canales, Claudia,

- . (2001) *El poeta, el marqués y el asesino. Historia de un caso judicial*, México, ERA.

Calderón Narváez, Guillermo,

- . (2002) *Las enfermedades mentales en México*, México, Trillas.

Calvino, Italo,

- . (1983) *Las ciudades invisibles*, México, Minotauro.
- . (1985) *Palomar*, Madrid, Alianza Editorial.
- . (1988) *Seis propuestas para el próximo milenio*, Madrid, Siruela.

Canguilhem, Georges,

- . (1976) *El conocimiento de la vida*, Barcelona, Anagrama.
- . (1982) *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.

Carvajal, Alberto,

- . (2001) "Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio de La Castañeda", en *Secuencia Revista de historia y ciencias sociales*. Para una historia de la psiquiatría en México # 51, Instituto José María Luis Mora, México.

Carrillo, Ana María,

- . (2002) *Matilde Montoya; primera médica mexicana*, México, Premio DEMAC 2001-2002.

Castel, Robert,

- . (1980) *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta.

Castoriadis-Aulagnier, Piera,

- . (1997) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Amorrortu ed.

Cohen, Esther,

. (2006) *Los narradores de Auschwitz*, México, Fineo.

Chartier, Roger,

. (1996) *Escribir las prácticas. Foucault, de Certeau, Marin*, Buenos Aires, Manantial.

Chatterjee, Partha,

. (2002) "Comunidad imaginada: ¿Por quién?", en *Revista Historia Caribe*, Vol II, N° 7, Colombia. [tomado de: http://www.ocaribe.org.observatorio/historia_caribe/7/nacion_ciudadania_3.htm]

Chávez Mayol, Humberto,

. (2005) *Tiempo Muerto*, Toluca-México, UDLA, CONACULTA-Cenart, Museo Latino. et al.

Cházaro G., Laura,

. (2000) "Medir y valorar los cuerpos de una nación: un ensayo sobre la estadística médica del siglo XIX en México". Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía, México, UNAM – Facultad de Filosofía y Letras.

. (2001) "Imágenes de la población mexicana: descripción, frecuencias y cálculos estadísticos" en *Revista Relaciones # 88*, Otoño 2001, Vol. XXII, Colegio de Michoacán, México.

. (2002) (Editora) *Medicina, Ciencia y Sociedad en México, Siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán, Univ. Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

. (2006) "La cultura médica instrumental: los viajes políticos de los esfigmógrafos entre Europa y América". *Debates 2006* [en línea] Puesto en línea el 18 de diciembre de 2006. URL: <http://nuevomundo.revues.org/index3092html>.

. (2006) "Cuerpos heridos, conocimiento y verdad: las heridas entre la medición y la jurisprudencia". *Coloquios 2006* [en línea] Puesto en línea el 19 de noviembre 2006. URL: <http://nuevomundo.revues.org/index2982html>.

. (2008) "Regímenes e instrumentos de medición: Las medidas de los cuerpos y del territorio nacional en el siglo XIX en México, *Coloquios 2008* [en línea] Puesto en línea el 2 de enero 2008. URL: <http://nuevomundo.revues.org/index14052html>.

Cházaro, Laura y Estrada, Rosalina,

- . (2005) *En el umbral de los cuerpos. Estudios de Antropología e historia*, México, El Colegio de Michoacán.

Coetzee, J. M.,

- . (2007) *Contra la censura. Ensayos sobre la pasión por silenciar*, México, Debates.

de Certau, Michel,

- . (1985) *La escritura de la historia*, México, U. Iberoamericana.
- . (2000) *La invención de lo cotidiano, 1. Las artes de hacer*, México, U. Iberoamericana/ITESO.
- . (2003) *Historia y Psicoanálisis entre ciencia y ficción*, México, U. Iberoamericana /ITESO.

de la Peza Casares, María del Carmen,

- . (2001) *El bolero y la educación sentimental en México*, México, Porrúa-UAM-X.
- . (2008) (Coordinadora) *Comunidad y desacuerdo. Comunicación, poder y ¿nuevos sujetos de la política*, México, Fundación Buendía, CONACYT, UAM-X.

Deleuze, Gilles,

- . (1972) *Proust y los signos*, Barcelona, Anagrama.
- . (1987) *La imagen-tiempo. Estudios sobre cine 2*, Barcelona, Paidós Comunicación.
- . (1987) *El bergsonismo*, Madrid, Cátedra.
- . (1988) *Diferencia y repetición*, Madrid, Júcar.
- . (1989) *Lógica del sentido*, Barcelona, Paidós Studio básica.
- . (1990) *Pourparlers 1972-1990*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- . (1992) *La imagen-movimiento. Estudios sobre cine 1*, Barcelona, Paidós.
- . (1996) *Crítica y clínica*, Barcelona, Anagrama.
- . (1997) *Foucault*, México, Paidós,
- . (2002) *L'Île déserte et autres textes. Textes et entretiens 1953-1974*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- . (2002) *Francis Bacon. Lógica de la sensación*, Madrid, Arena Libros.
- . (2003) *Deux Régimes de fous. Textes et entretiens 1975-1995*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Deleuze, Gilles y Guattari, Félix,

- . (1975) *Kafka. Por una literatura menor*, México, ERA.
- . (1985) *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*, Barcelona, Paidós Studio básica.
- . (1988) *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*, Valencia, Pre-Textos.

Derrida, Jacques,

- . (1972) *Posiciones*, Valencia, Pre-Textos.
- . (1988) *Mémoires pour Paul de Man*, Paris, Galilée.
- . (1997) *Fuerza de ley. El "fundamento místico de la autoridad"*, Madrid, Tecnos.
- . (1997) *El monolingüismo del otro o la prótesis de origen*, Buenos Aires, Manantial.
- . (1997) *Mal de archivo. Una impresión freudiana*, Madrid, Trotta.
- . (1998) *Demeure. Maurice Blanchot*, Paris, Galilée.
- . (1998) *Márgenes de la Filosofía*, Madrid, Cátedra.
- . (2000) *Dar la muerte*, Barcelona, Paidós.

Dídi-Huberman, Georges,

- . (1982) *Invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Macula.
- . (1997) *Lo que vemos, lo que nos mira*, Buenos Aires, Manantial-Bordes.
- . (2004) *Imágenes pese a todo. Memoria visual del Holocausto*, Barcelona, Paidós.
- . (2006) *Ante el tiempo*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo editora.

Dubois, Philippe,

- . (1986) *El acto fotográfico. De la representación a la recepción*, Barcelona, Paidós.

Esposito, Roberto,

- . (2005) *Immunitas. Protección y negación de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu.
- . (2006) *Bíos. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu.
- . (2007) *Communitas. Origen y destino de la comunidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- . (2009) *Comunidad, inmunidad y biopolítica*, España, Herder.
- . (2009) *Tercera persona. Política de la vida y filosofía de lo impersonal*, Buenos Aires, Amorrortu.

Esposito Roberto, Galli Carlo, Vincenzo Vitiello (comp.)

. (2008) *Nihilismo y política*, Buenos Aires, Manantial.

Esquirol, Étienne,

. (2000) *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Farge, Arlette,

. (1991) *La atracción del archivo*, Valencia, Edicions Alfons El Magnànim. Intitució Valenciana D'Estudis i investigació.

. (1994) *La vida frágil. Violencia, poderes y solidaridades en el París del Siglo XVIII*, México, Instituto Mora.

. (2007) *Efusión et tourment, le récit des corps. Histoire du peuple au XVIII^e siècle*, Paris, Odile Jacob.

Feierstein, Daniel,

. (2007) *El genocidio como práctica social. Entre el nazismo y la experiencia argentina*, Buenos Aires, F.C.E.

Fernández Aceves, Ma Teresa, Ramos Escandón, Carmen y Susie Porter (coord),

. (2006) *Orden Social e identidad de género. México, siglos XIX y XX*, México, CIESAS, Universidad de Guadalajara.

Fimiani, Mariapaola

. (2005) *Foucault y Kant. Crítica - Clínica – Ética*, Buenos Aires, Herramienta ediciones.

. (2008) *Erótica y Retórica. Foucault y la lucha por el reconocimiento*, Buenos Aires, Herramienta ediciones.

Flores C., Atenea, Muñoz V., Iriana P. y Serralde M., Edgar

. (2001) *Las palabras de tres internos y la Escucha Médica en "La Castañeda" entre 1910 y 1922*. Tesis de Licenciatura en Psicología Social, UAM-Xochimilco, México.

Flores, Francisco A.

- . (2006) *El Himen en México (1885)*, México, CONACYT/ Instituto Investigaciones Filosóficas – UNAM.

Foucault, Michel,

- . (1963) *Naissance de la Clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, P.U.F.
- . (1972) *La Historia de la Locura en la época clásica*, 2 tomos., México, F.C.E.
- . (1976) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*, México, Siglo XXI, ed.
- . (1976) *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, tel Gallimard.
- . (1977) *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard.
- . (1994) *Dits et écrits*, 4 tomes, Paris, Gallimard.
- . (1997) *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France 1975-1976*, Paris, Gallimard-Le Seuil.
- . (1999) *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Gallimard-Le Seuil.
- . (2003) *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard-Le Seuil.
- . (2004) *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977 - 1978*, Paris, Gallimard-Le Seuil.
- . (2004) *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978 – 1979*, Paris, Gallimard- Le Seuil.

Freud, Sigmund,

- . (1973) "El malestar en la cultura", en *Obras completas*, t. XXI, Buenos Aires, Amorrortu.

Fox Keller, Evelyn,

- . (2000), *Lenguaje y vida. Metáforas de la biología en el siglo XX*, Buenos Aires, Manantial.

García Canal, María Inés,

- . (2002) *Foucault y el poder*, México, UAM-Xochmilco.
- . (2006) *Espacio y poder*, México, UAM-Xochmilco.

- . (2008) "La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910 - 1920, tiempos de revolución", en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Coloquios, [en línea] Puesto en línea el 02 de enero de 2008. URL:<http://nuevomundo.revues.org/index14422.html>.

Gauchet, Marcel y Swain, Gladis,

- . (2000) *El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Ginzburg, Carlo,

- . (1981) *El queso y los gusanos. El cosmo según un molinero del siglo XVI*, México, Muchnik Ed./Océano.
 . (1989) *Mitos, Emblemas e Indicios. Morfología e historia*, Barcelona, Gedisa Editorial.
 . (2007) *Un seul témoin*, Paris, Bayard.

Giorgi, Gabriel y Rodríguez, Fermín (compiladores),

- . (2007) *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*, Buenos Aires, Paidós.

Goffman, Irving,

- . (1994) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
 . (1998) *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.

Gorbach, Frida

- . (2006) "El encuentro de un monstruo y una histérica. Una imagen para México en los finales del siglo XIX", *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*, Debates, 2006 [en línea] Puesto en línea el 18- 12- 2006. <http://nuevomundo.revues.org/index3123.html>.
 . (2008) *El Monstruo, objeto imposible. Un estudio sobre teratología mexicana. Siglo XIX*, México, Itaca/U.A.M.-Xochimilco.

Gros, Frédéric,

- . (2000) *Foucault y la locura*, Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.

Guerrero, Julio,

. (1996) *La génesis del Crimen en México*, México, Cien de México.

Halbwachs, Maurice,

. (1997) *La mémoire collective. Édition critique établie par Gérard Namer*, Paris, Albin Michel.

Hartog, François,

. (2003) *Régimes d'historicité. Présentisme et expériences du temps*, Paris - Seuil.

Hartog, François et Revel, Jacques,

. (2001) *Les usages politiques du passé*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Hornstein, Luis, *et al.*

. (1991) *Cuerpo, Historia, Interpretación. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador*, Buenos Aires, Paidós.

Huertas, Rafael,

. (2001) "Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", *Revista Frenia*, Vol I, Fascículo 2, España.

Illades, C., Rodríguez Kuri, A. (compiladores),

. (2000) *Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, México, Sábado Distrito Federal.

Koselleck, Reinhart,

. (2001) *Los estratos del tiempo: estudios sobre la historia*, Barcelona, Paidós I.C.E / U.A.B.

. (2003) *Aceleración, prognosis y secularización*, Valencia, Pre-Textos.

. (2004) *historia / Historia*, Madrid, Trotta.

Kraepelin, Emil,

. (1907) *Introduction à la psychiatrie clinique*, Paris, Vigot Frères, 3ème ed.

. (1999) *Cien Años de Psiquiatría. Una contribución a la historia de la Civilización*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Kristeva, Julia,

. (1985) *Loca Verdad*, Madrid, Fundamentos.

. (1986) *Al comienzo era el amor*, Buenos Aires, Gedisa.

. (2000) *El genio femenino. 1. Hannah Arendt*, Buenos Aires, Paidós.

Lacabra, Dominick,

. (2006) *Historia en tránsito. Experiencia, identidad, teoría crítica*, Buenos Aires, F.C.E.

Laqueur, Thomas,

. (1992) *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard.

Lasègue, Ch.,

. (1884) *Études Médicales*, Paris, Asselin et Cie. Editeurs.

Lazzarato Maurizio,

. (2006) *Políticas del acontecimiento*, Buenos Aires, Tinta Limón.

Leuret, François,

. (2001) *El tratamiento moral de la locura*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Levi, Primo,

. (1989) *Los hundidos y los salvados*, Barcelona, El Aleph Editores.

. (2006) *Deber de Memoria*, Buenos Aires, Zorzal.

Levinas, Emmanuel,

. (1977) *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Ediciones Sígueme.

. (1993) *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*, Valencia, Pre-Textos.

. (1993) *El Tiempo y el Otro*, Barcelona, Paidós I.C.E. / U.A.B.

. (1999) *De otro modo que ser, o más allá de la esencia*, Salamanca, Ediciones Sígueme.

. (2000) *La huella del otro*, México, Taurus.

López Ramos, Sergio,

. (2002) *De cómo la moral se hizo psicología en México*, México, El Aduanero.

Lorenzano, Sandra y Buchenhorst, Raph (editores),

. (2007) *Políticas de la Memoria. Tensiones en la palabra y la imagen*, Buenos Aires, Editorial Gorla y Universidad del Claustro de Sor Juana.

Löwy Michel,

. (2002) *Walter Benjamin. Aviso de incendio. Una lectura de las tesis "Sobre el concepto de historia"*, Buenos Aires, F.C.E.

Liotard, Jean-François,

. (1994) *El Entusiasmo. Crítica kantiana de la historia*, Barcelona, Gedisa.

. (1990) *Economía libidinal*, México, F.C.E.

. (1998) *Lo Inhumano. Charlas sobre el tiempo*, Buenos Aires, Manantial.

. (2002) *Discours, Figure*, Paris, Klincksieck.

Mancilla Villa, Martha Lilia,

. (2001) *Locura y mujer durante el porfiriato*, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano.

Márquez Valderrama, Jorge,

. (2005) *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de ciencia pasteriana en Antioquia*, Antioquia, Editorial Universidad de Antioquia.

Martínez, Mónica,

. (2001) "La Castañeda desde dentro. Entrevista a Margarita Torres Mora, enfermera", en Revista *Secuencia*, # 51, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México.

Medina-Mora, María Elena y Caraveo, Jorge,

. (1997) *Salud Mental en México*, México, F.C.E.

Melville, Herman,

. (2000) *Preferiría no hacerlo. Bartleby el escribiente, seguido de tres ensayos sobre Bartleby de Gilles Deleuze, Giorgio Agamben, José Luis Pardo*, Valencia, Pre-Textos.

Mendiola, Alfonso,

. (2006) "Del anacronismo como error al anacronismo heurístico: el pasado como resultado de la operación historiográfica", en *Memoria del Coloquio Los Historiadores y la Historia para el Siglo XXI*, México, I.N.A.H. / E.N.A.H.

Merleau-Ponty, Maurice,

. (1992) *Phénoménologie de la perception*, Paris, tel Gallimard.

. (2000) *Sentido y sinsentido*, Barcelona, Península.

Mier, Raymundo,

. (1997) "Schreber: introspección, negación, delirio" en *Revista Tramas. Subjetividad y procesos sociales # 11*, Dpto de Educación y Comunicación, División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM – Xochimilco, México.

. (2002) "El acto antropológico: la intervención como extrañeza", en *Revista Tramas. Subjetividad y procesos sociales # 18-19*, Dpto de Educación y Comunicación, División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM – Xochimilco, México.

. (2003) "Calidades y tiempos del vínculo. Identidad, reflexividad y experiencia en la génesis de la acción social", en *Revista Tramas. Subjetividad y procesos sociales # 21*, Dpto de Educación y Comunicación. División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM – Xochimilco, México.

. (2007) "Los Pasajes y el sentido de la historia. Forma, figuración y significación de la errancia", en Arnoux, E., Blanco, I. *et al.*, *Pasajes, Tópicos del Seminario*, 17, Puebla, SeS, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Milmaniene, José E.,

. (2002) *Clínica del texto. Kafka, Benjamín, Lévinas*, Buenos Aires, Editorial Biblos.

Morales Ramírez, Francisco J.,

- . (2008) *La Apoteosis de la Medicina del Alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la Ciudad de México 1830 -1910*. Tesis de Licenciatura en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.

Morey, Miguel,

- . (1988) "Introducción. Del pensar como forma de patología superior", en Gilles Deleuze, *Diferencia y Repetición*, Barcelona, Júcar Universidad.
- . (1996) "Apología del desertor (Conjeturas sobre la evasión)", en Revista *Archipiélago. Cuadernos de Crítica de la Cultura*, nº 26-27/1996, Barcelona.
- . (2007) *Pequeñas doctrinas de la soledad*", México, Sexto Piso.

Nancy, Jean-Luc,

- . (1996) "La existencia exilada", en Revista *Archipiélago. Cuadernos de Crítica de la Cultura*, nº 26-27/1996, Barcelona.
- . (2003) *Corpus*, Madrid, Arena Libros.
- . (2006) *La mirada del retrato*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- . (2007) *El intruso*, Buenos Aires, Amorrortu editores

Nietzsche, Friedrich,

- . (1996) *La Gaya Ciencia*, Madrid, Fontanara.
- . (1999) *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida (II Intempestiva)*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Ortony, Andrew (Editor),

- . (1988) *Metaphor and thought*, U.S.A.. Cambridge University Press.

Padel, Ruth,

- . (2004) *A quien los dioses destruyen. Elementos de la locura griega y trágica*, México, Sexto Piso.

Pandolfi, Alessandro

- . (2007) *Naturaleza humana. Léxico de política*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Pérez Carreño, Francisca,

. (1988) *Los placeres del parecido. Icono y representación*, Madrid, La balsa de la Medusa, 12.

Pérez Montfort, Ricardo,

. (1993) *"Por la patria y por la raza". La derecha secular en el sexenio de Lázaro Cárdenas*, México, Facultad de Filosofía y Letras – UNAM.

Platen-Hallermund, Alice,

. (2006) *Exterminio de enfermos mentales en la Alemania Nazi*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Porter, Roy,

. (2003) *Breve historia de la locura*, México, Turner- F.C.E.

Propp, Vladimir,

. (2001) *Morfología del cuento*, Madrid, Akal.

Postel, Jacques y Quételet Claude (coordinadores),

. (2000) *Nueva historia de la psiquiatría*, México, F.C.E. (2ª edición).

Rajchman, John,

. (2001) *Lacan, Foucault y la cuestión de la Ética*, México, Epele.

Rancière, Jacques,

. (1993) *Los nombres de la historia. Una poética del saber*, Buenos Aires, Nueva Visión.

. (1996) "Le concept d'anachronisme et la vérité de l'historien" en *Revue L'Inactuel. Mesonge, Vérité, #6*, Paris.

. (1996) *El desacuerdo. Política y filosofía*, Buenos Aires, Nueva Visión.

. (2007) *En los bordes de lo político*, Buenos Aires, Ediciones La Cebra.

Régis, E.,

. (1909) *Précis de Psychiatrie*, Paris, Octave Doin et fils Éditeurs.

Revelli, Marco,

. (2008) *La Política perdida*, Madrid, Ed. Trotta.

Rey Rosa, Rodrigo,

. (2009) *El material humano*, Barcelona, Anagrama.

Ricoeur, Paul,

. (1995) *Tiempo y Narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico*, México, Siglo XXI.

. (1995) *Tiempo y Narración II. Configuración del tiempo en el relato de ficción*, México, Siglo XXI.

. (2001) *La metáfora viva*, Madrid, Trotta/Ed. Cristiandad.

. (2003) *La Memoria, la Historia, el Olvido*, Madrid, Trotta.

Ríos Molina, Andrés,

. (2004) "Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. IV, Fascículo 2, España.

. (2007) *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General de La Castañeda, 1919-1920*, Tesis doctoral en Historia, México, Colegio de México.

. (2008) "Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del Manicomio de La Castañeda", *Revista Antípoda*, nº 6, Bogotá, Universidad. de Los Andes.

. (2009) "Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos", *Revista Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, Vol 37, Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM, México.

. (2009) "El Manicomio General La Castañeda en México. Sitio de paso para una multitud errante", *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Debates, 2009 [en línea] Puesto en línea el 17 enero2009.

URL:<http://nuevomundo.revues.org/index50242.html>.

Rivera Carbó, E., Mendoza Vargas, H., Sunyer Martín (Coord.),

- . (2007) *La integración del territorio en una idea de Estado, México y Brasil, 1821 – 1946*, México, Instituto de Geografía, UNAM e Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

Rivera Cusisanqui y Barragán, Rossana (compiladoras)

- . (1997) *Debates Post Coloniales: Una introducción a los Estudios de Subalternidad*, La Paz-Bolivia, *historias/SEPHIS/Aruwiyiri*.

Rivera-Garza, Cristina,

- . (1995) "The Masters of the Streets. Bodies, Power and Modernity in Mexico, 1867-1930", Dissertation presented to the Faculty of the Department of History, University of Houston, (mecn.)
- . (1999) *Nadie me verá llorar*, México, Tusquets/CONACULTA/INBA.
- . (2001) "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales. Para una historia de la psiquiatría en México*, # 51, Inst. de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- . (2001) "She neither Respected nor Obeyed Anyone: Inmutes and Psychiatrists Debate Gender and Class at General Insane Asylum La Castañeda, México, 1910 - 1930", en *Hispanic American Historical Review*.

Roudinesco, Elizabeth *et al.*,

- . (1996) *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*, Buenos Aires, Paidós Studio.

Rufer, Mario,

- . (2009) "Experiencia sin lugar en el lenguaje. Memoria, evidencia y autoridad en la producción de historia". Ponencia presentada al *IV Encuentro del Instituto Tepoxtlán para la Historia de las Américas: "Revoluciones y Heterotopias"*, México, 22-29 de junio de 2009. Inédita.

Sacks, Sheldon (Editor),

- . (1978-1979) *On metaphor*, U. S. A., The University of Chicago Press, Ltd., London.

Sacristán, María Cristina,

- . (1994) *Locura y disidencia en el México Ilustrado. 1760-1810*, México, Colegio de Michoacán.
- . (1998) "¿Quién me metió en el Manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México. Siglos XIX y XX", en Revista *Relaciones. Historia y Sociedad*, # 74, Vol XIX, Colegio de Michoacán, México.
- . (2001) "Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944", en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales. Para una historia de la psiquiatría en México*, # 51, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- . (2002) "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol 2, Fascículo. 2, España.

Saettele Zuend, Hans,

- . (2005) *Palabra y silencio en psicoanálisis*, México, UAM –Xochimilco.
- . (2005) "Análisis discursivo. Un esquema para las ciencias sociales", en Revista *Versión. Estudios de Comunicación y Política* # 14, Dpto de Educación y Comunicación, División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM – Xochimilco, México

Sarlo, Beatriz,

- . (2005) *Tiempo Pasado. Cultura de la memoria y giro subjetivo. Una discusión*, Buenos Aires, Siglo XXI ed.

Sebald, W. G.,

- . (1996) *Los emigrados*, Barcelona, Editorial Debate.

Segato, Rita,

- . (2007) *La Nación y sus otros*, Buenos Aires, Prometeo.

Simondon, Gilbert,

- . (2008) *Dos lecciones sobre el animal y el hombre*, Buenos Aires, La Cebra.
- . (2009) *La individuación*, Buenos Aires, La Cebra.

Sloterdijk, Peter,

. (2008) *Derrida, un egipcio. El problema de la pirámide judía*, Buenos Aires, Amorrortu.

Sollers Philippe,

. (1978) *La escritura y la experiencia de los límites*, Valencia, Pre-textos.

Somolinos D'Ardois,

. (1976) *Historia de la psiquiatría en México*, México, Sep/Setenta 258.

Spivak, Gayatri Chakravorty.

. (2003) "¿Puede hablar el subalterno?", en *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 39, enero-diciembre 2003, Bogotá.

Todorov, Tzvetan,

. (1991) *Nosotros y los otros*, México, Siglo XXI ed.

. (1995) *Les abus de la mémoire*, Paris, Arléa.

Tournier, Michel,

. (1988) *El vuelo del vampiro*, México, F.C.E.

Traverso, Enzo,

. (2001) *La historia desgarrada. Ensayo sobre Auschwitz y los intelectuales*, Barcelona, Herder.

Trias, Eugenio,

. (1973) *Filosofía y carnaval*, Barcelona, Anagrama.

Urias Horcasitas, Beatriz,

. (2007) *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquest.

Valdés F., Marisa,

. (1995) *La salud mental en el Porfiriato*, México, Instituto Mora.

Van Young, Eric,

- . (2001) "Estudio introductorio. Ascenso y caída de una loca utopía", en Revista *Secuencia*. Para una historia de la psiquiatría en México, # 51, Instituto de Investigaciones Dr. José Luis María Mora, México.

Vera Hernández, G., Pantoja Reyes, J. R. *et. al.* (Coordinadores),

- . (2006) *Memoria del Coloquio Los Historiadores y la Historia para el siglo XXI*, México, E.N.A.H / I.N.A.H

Virno, Paolo,

- . (2003) *El recuerdo del presente. Ensayo sobre el tiempo histórico*, Buenos Aires, Paidós.

Voloshinov, Valentin Nikólaievich,

- . (1992) *El marxismo y la filosofía de lenguaje. (Los principales problemas del método sociológico en la ciencia del lenguaje)*, Madrid, Alianza editorial.

White, Hayden,

- . (1992) *Metahistoria. La imaginación histórica en la Europa del siglo XIX*, México, F.C.E.

Wieviorka, Annette,

- . (1998) *L'ère du témoin*, Paris, Hachette.

Yates, Frances A.,

- . (2005) *El arte de la memoria*, Madrid, Siruela.